Nr. 41. 13. października 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Władysław STERLING. Warszawa.

Współudział gruczołów dokrewnych a w szczególności gruczołów przytarczycowych w patogenezie migreny. *

Zgodnie z współczesnym stanem poglądów na patogenezę migreny przypuścić należy, że gruczoły dokrewne biorą w tej sprawie prawdopodobnie udział pierwszorzędny. Różne ukształtowania i powikłania zespołu migrenowego świadczyły dotąd o możliwości współudziału w jego patogenezie: *gruczołów płciowych, przysadki mózgowej i tarczycy*. W przeciągu ubiegłych kilku lat ostatnich obserwacji mojej nastręczył się szereg przypadków migreny powikłanych trwałemi lub przemijającemi objawami utajonej lub jawnej *tężyczki*, świadczących o możliwości współudziału w powstawaniu tej sprawy poza wymienionemi poprzednio gruczołami dokrewnemi — również *gruczołów przytarczycowych*.

Z dotychczasowego materjału mojego, który obejmuje obserwację przeszło 4-letnią wynikają różnorodne możliwości zabarwienia migreny elementami tężyczkowemi i inkrecyjnemi. Niewątpliwie najbardziej częsta i charakterystyczna jest ta grupa obserwacji, w której objawy migrenowe rozgrywają się na tle trwale istniejącej wzmożonej pobudliwości galwanicznej i mechanicznej nerwów, wzmagającej się jeszcze podczas ataku migrenowego, lecz nie doprowadzającej ani pomiędzy - napadowo, ani na wysokości bólów głowy do kurczów tężyczkowych. W przypadkach tej kategorji hyperwentylacja prowokuje niekiedy zarówno w okresie bezbólowym jak i podczas napadu migreny kurcze tężyczkowe, jakkolwiek spostrzegałem również przypadki z ujemnym odczynem kurczowo - oddechowym. Dla grupy tej szczególnie charakterystyczny jest bardzo wydatny i trwały objaw Chwostka bądź w postaci klasycznej, bądź w postaci opisanej przezemnie dysocjacji. W materjale moim tej właśnie kategorji znakomicie przeważają przypadki dziecięce, w których niekiedy napadowi bólów głowy prawie stale towarzyszyły znaczne podniesienia ciepłoty *(hemicrania febrilis)*. Pewną odmianę kategorji tej stanowią obserwacje, w których zespół tężyczkowo - migrenowy wikła się bardzo złożoną symptomatologją natury wielogruczołowej, a więc objawami eunuchoidyzmu, addisonizmu, zwyrodnienia płciowo-twardzielowego, moczówki prostej, katarakty i t. d. Te właśnie przypadki wykazują również wyraźne powinowactwo do *padaczki*, przyczem objawy migreny i padaczki albo występują równolegle, lub też następuje pewnego rodzaju *transformacja* albo migreny w padaczkę albo, co stanowi niezmierną rzadkość, a co mogłem spostrzegać w jednym przypadku — padaczki w migrenę, przyczem zarówno wystąpienie padaczki, jak i transformacja jej w migrenę pozostawały w wyraźnym związku raz z okresem dojrzewania, drugi raz z inwolucją klimakteryczną.

Następną kategorję w materjale moim stanowią przypadki bardzo ciężkiej migreny z objawami również wzmożonej pobudliwości mechanicznej i galwanicznej nerwów (objawy E r b a, C h w o s t k a, H o f f m a n n a) oraz z wybitnemi napadami czuciowemi i kurczowemi natury tężyczkowej, ujawniającemi się *zupełnie niezależnie od napadów migreny*. W materjale moim kategorja ta reprezentowana jest wyłącznie przez obserwacje *kobiece*, przyczem zarówno zespół migrenowy jak i tężyczkowy sprzężone są tu wyraźnie z czynnością wewnątrz- i zewnątrz - wydzielniczą *jajników*, jej zmianami w okresie ciąży oraz inwolucją w okresie klimakterycznym (zjawianie się migreny w okresie dojrzewania, ustępowanie czasowe w okresie ciąży, ustępowanie całkowite w okresie przekwitania, zjawianie się napadów tężyczkowych w okresie ciąży i t. d.).

Najciekawsza jednak i pod względem patogenetycznym najważniejsza jest ostatnia kategorja spostrzeżeń w materjale moim, w której objawy migreny i tężyczki splatają się ze sobą symptomatologicznie lub w których, mówiąc ściślej, *zespół tężyczkowy ujawnia się dopiero na wysokości napadu migreny*. I tutaj ukształtowanie się i wzajmne ustosunkowanie zespołu migrenowego do zespołu tężyczkowego oraz powikłanie ich elementami inkrecyjnemi może być różnorakie. Najczęściej początkowo rozwija się atak migreny, zaś w krótszy lub dłuższy czas potem dołączają się do niego objawy tężyczkowe w postaci drętwienia, łzawienia, niepokoju, gwałtownych kurczów palców dłoni lub też dłoni i stóp — niekiedy łącznie z kurczem mięśnia okrężnego oczu oraz objawami T h i e m i c h a i R o s s e t a. W wypadkach takich objawy tężyczkowe mają charakter stały i przedłużony, zawsze jednakże ustępują wcześniej niż ból głowy. W rzadszych przypadkach natomiast objawy tężyczkowe i migrenowe rozwijają się prawie równocześnie, zespół tężyczkowy zaś nie ma charakteru stałego, lecz intermittujący — z trwaniem po kilka do kilkunastu minut, powracając kilkakrotnie podczas tego samego napadu migreny.

Zdarzają się wreszcie przypadki, w których na terenie napadu migrenowego rozgrywa się równolegle do epizodu tężyczkowego dodatkowo i równolegle również epizod *basedowizmu* u chorych, którzy nigdy przedtem nie wykazywali objawów choroby Basedowa. Przebieg takich zespołów złożonych jest taki, że prawie równocześnie z bólem głowy rozwija się wybitny, aczkolwiek nie zawsze symetryczny wytrzeszcz, dalej objawy G r a e f f e g o i M o e b i u s a oraz drżenie palców, wkrótce zaś potem występują objawy zespołu tężyczkowego z kurczami palców lub poczęści bez tych kurczów, przyczem, o ile objawy tężyczkowe trwają zazwyczaj znacznie krócej od napadu migrenowego, o tyle objawy przemijającego *basedowizmu* mogą go przetrwać o kilka lub kilkanaście godzin, a czasem o całą dobę, znikając następnie bez śladu. Zjawiska tego ostatniego typu występują niekiedy u typów infantylnych, czasem przy objawach nieznacznego powiększenia tarczycy, lecz zawsze bez objawów choroby B a s e d o w a w okresach pozanapadowych. Zabieg hyperwentylacyjny podczas napadu wzmaga objawy *basedowizmu i tetanizmu*, nie przyczynia się wszakże do spowodowania kurczów podczas napadów bezkurczowych. Znamienne jest, że we wszystkich odmianach tej kategorji właśnie objawy C h w o s t k a i E r b a były bardzo słabe albo brak ich było zupełnie.

Już sama symptomatologja obserwacyj tych dowodzi, że współistnienie objawów migrenowych i tężyczkowych nie może być uważane za przypadkową zbieżność, lecz że pomiędzy temi kategorjami zjawisk istnieć musi jakiś głębszy związek, którego mechanizm wymaga wyjaśnienia. O możliwości powinowactwa klinicznego pomiędzy zjawiskami migrenowemi i tężyczkowemi możemy sądzić niejako drogą *okólną* na zasadzie pewnych ustalonych już korelacyj klinicznych. Wiemy, jak wielu badaczy uznaje za niewzruszone powinowactwo pomiędzy *migreną a padaczką*, wiemy z drugiej strony, że cały szereg klinicystów a specjalnie pedjatrów podnosi bliski związek pomiędzy *padaczką a tężyczką* do tego stopnia, że niektórzy z nich wykazują aż nadto widoczną tendencję do identyfikowania w czambuł tężyczki z padaczką. To więc wspólne pokrewieństwo migreny i tężyczki z padaczką wyjaśnia nam możliwość ściślejszego związku pomiędzy dwoma zjawiskami.

Związek ten uwydatni nam się w sposób jeszcze jaskrawszy w świetle eksperymentu hyperwentylacyjnego. Przypomnę tu, że niektóre teorje interpretują zjawisko migreny jako przemijający obrzęk tkanki mózgowej w znaczeniu wodogłowia naczyniorucho-wego Q u i n c k e'g o, inne wyodrębniają specjalny typ migreny pochodzenia tarczycowego, inne wreszcie wskazują przemijające objawy basedowizmu na wysokości napadu migreny. Otóż według doświadczenia mojego właśnie *migrena, choroba Quincke'go i tyreotoksykozy* stanowią tę trójcę kliniczną, w której ujawnia się szczególnie wcześnie oddechowy odczyn *tężyczkowy*. W chorobie Q u i n c k e'g o odczyn tężyczkowy występuje zazwyczaj już po kilku minutach głębokiego oddychania, w *tyreotoksykozach* różnego pochodzenia tężyczkowe reakcje hyperwentylacyjne są szczególnie gwałtowne i burzliwe, zaś w moim materjale, ogłoszonym w specjalnej pracy, nie spotkałem ani jednego przypadku migreny, w którym drogą hyperwentylacji nie udałoby się wywołać niezmiernie ciężkich i bogatych odczynów tężyczkowych. Za związkiem tym przemawiają wreszcie również niektóre fakty natury *terapeutycznej*. Z doświadczenia mego wynika mianowicie, że właśnie w tej postaci migreny, którą wyodrębniam pod nazwą zespołu migrenowo - tężyczkowego, szczególnie pomyślny wpływ leczniczy wywiera kombinacja bromu z solami *wapnia*, które odgrywają tak znaczną rolę w przemianie materji i w lecznictwie *tężyczki i spazmofilji*.

Poza zagadnieniem związku domaga się również wyjaśnienia problemat *wzajemnego ustosunkowania* się objawów migrenowych i tężyczkowych w omawianym tu zespole. Nasuwa się bowiem konieczność rozstrzygnięcia trzech kwestyj w związku z patogenezą

zespołu: 1) czy spazmofilja trwała powodować może skłonność do napadów migreny? 2) czy napad migreny stwarzać może warunki wyzwalające kurcze tężyczkowe? 3) czy też dwa owe zjawiska występować mogą równorzędnie — w zależności od przyczyny dotąd nieustalonej? Teoretycznie biorąc, żadna z tych możliwości nie jest pozbawiona cech prawdopodobieństwa.

Orzechowski podczas epidemji tężyczki we Lwowie spostrzegał częste napady migreny u pacjentów, którzy dotąd nie cierpieli na bóle głowy. Nie jest również wyłączone, że napad migreny stwarzać może w sposób przemijający warunki chemizmu krwi, sprzyjające wystąpieniu zespołu tężyczkowego, analogicznie do tego, jak warunki takie stwarzać może np. obrzęk naczynioruchowy Quincke'go lub eksperyment hyperwentylacyjny. Pod tym względem nie posiadamy dotąd żadnych danych pozytywnych, gdyż, o ile piśmiennictwo obfituje w prace, dotyczące przemiany materji w migrenie, o tyle brak jest zupełnie danych, dotyczących chemizmu krwi i warunków fizykochemicznych płynu mózgowo-rdzeniowego na wysokości samego napadu migrenowego. Najprawdopodobniejsza wszakże jest współzależność obu komponentów zespołu od jednego wspólnego mianownika, którym według wszelkiego prawdopodobieństwa są *trwałe zaburzenia przemiany materji*, zależne z kolei od *zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych*. Pod tym względem piśmiennictwo rozporządza całym szeregiem danych faktycznych, których znaczenia patogenetycznego niepodobna nie doceniać. Jeżeli chodzi o migrenę, to oddawna już znany był związek jej z normalną, względnie z opaczną czynnością *gruczołów płciowych*. Do zjawisk powszechnie znanych należy występowanie pierwszych objawów migreny w okresie dojrzewania płciowego, częste zanikanie całkowite choroby tej w okresie przekwitania lub przerywanie się napadów migrenowych w okresie ciąży, jak to miało miejsce w jednym z przypadków mojej kazuistyki. Spostrzega się również niezbyt rzadko u kobiet zapadających na migrenę rozmaite zboczenia *w miesiączkowaniu* (nieprawidłową, spóźnioną lub zbyt częstą regularność, miesiączkowanie dolegliwe, brak menstruacji i t. d.). W innych przypadkach materjału mego spotykamy się znowu z ciekawym faktem transformacji obrazu padaczki w migrenę w okresie klimakterycznym, w piśmiennictwie zaś spotykamy przykłady odmiennej kolejności zjawisk (Rotschild). H. Lévi próbował nawet wyodrębnić specjalną postać *migreny jajnikowej*, nie poparłszy jednak swej tezy odpowiednio przekonywującemi argumentami.

O możliwości związku migreny z dysfunkcją *przysadki mózgowej* świadczą nietylko teoretyczne dedukcje Plavec'a, którego teorja stara się wyprowadzić napad migreny z okresowego nabrzmiewania przysadki mózgowej, ale również niektóre rzadkie przypadki *karłowatości przysadkowej* (Bauer, moja obserwacja) przebiegające z ciężkiemi objawami migreny. Na związek migreny z dysfunkcją *tarczycy* poraz pierwszy zwrócił uwagę Hertoghe w swej klasycznej pracy *o dobrotliwej przewlekłej niedomodze tarczycowej (hypothyreoidie benigne chronique)*, opisując przypadki z bólami głowy, przebiegającemi w postaci migreny i nadając im nazwę migreny *dystyreoidalnej (migraine dysthyreoidienne)*. W piśmiennictwie istnieją również przypadki, w których migrena kojarzy się z chorobą Basedowa (Jacobsohn, Oppenheim, E. Mendel). Flatau w kazuistyce swojej spotykał analogiczne przypadki, oprócz zaś wyraźnej choroby Basedowa spostrzegał u 5-ciu osobników wysadzanie gałki ocznej podczas napadu migreny. Zaznaczę wreszcie, że w jednej z obserwacyj moich na wysokości napadu migrenowego występowały wybitne objawy bazedowizmu (wytrzeszcz, drżenie tułowia i głowy oraz objawy Graeffego, Stellwag'a, Sänger'a i Marie'go), które znikały bez śladu po przeminięciu bólu głowy.

Co się tyczy *tężyczki*, to związek jej z *gruczołami przytarczycowemi* w świetle nowoczesnych badań eksperymentalnych, klinicznych i farmakodynamicznych pozostaje poza wszelką wątpliwością. Za ustalony również w nauce należy uważać związek tężyczki z zaburzeniami *metabolizmu wapniowego*, przyczem, o ile początkowo wzmożoną pobudliwość nerwowo-mięśniową starano się powiązać z *retencją* soli wapniowych we krwi (Finkielstein, Stölzner, Silvestri), o tyle obecnie zyskuje sobie kredyt pogląd, uzależniający objawy tężyczkowe od wzmożonej *ekskrecji* soli wapniowych (Loeb, Roncaroni i Regoli, Vögtlin, Sabattini, Quest, Parhon i Urechia i inni). Mac Callum — jeden z najbardziej zasłużonych w tej dziedzinie badaczy określa tężyczkę paradoksalną nazwą *moczówki wapniowej*. Bądź co bądź, zarówno w świetle badań eksperymentalnych, jak i klinicznych, przypada gruczołom przytarczycowym *rola kontrolująca metabolizm wapniowy* w tem znaczeniu, że po ich usunięciu i przy ich niedomodze następuje szybkie wydzielanie tych soli, odbierające łącznie z niedostatecznym wchłanianiem i asymilacją *tkankom czynny wapień*. Przy odpadnięciu jonów wapniowych występują wtedy kurcze mięśniowe w ten sam sposób, w jaki wywoływali je u zwierząt Loeb i Mac Callum przez wprowadzanie szczawianów, które tworzą z wapniem nierozpuszczalne osady. Z badań Freudenberga i Georgy'ego wynika, że również hyperwentylacja wskutek związanego z nią wzmożonego wydzielania kwasu węglowego prowadzi do zmian chemicznych w kierunku *alkalozy*, co powoduje w następstwie zachwianie się równowagi jonów wapniowych, przyczem część wapnia przechodzi w stan odjonizowany. W ten sposób wytwarza się niejako eksperymentalnie ubóstwo wapnia, które powoduje w sposób przemijający wzmożoną pobudliwość kory mózgowej i układu nerwowo-mięśniowego.

Jeszcze ciekawsze i pod względem patogenetycznym w stosunku do omawianego tutaj zespołu ważniejsze są dane eksperymentalne i kliniczne, które świadczą o związku gruczołów przytarczycowych z t. zw. *tężyczką utajoną*. Wiadomo jest, że *całkowita paratyreoidektomja* t. j. usunięcie lub też zniszczenie eksperymentalne wszystkich gruczołów przytarczycowych powoduje u najrozmaitszych gatunków zwierzęcych charakterystyczny zespół tężyczkowy, który po dłuższym lub krótszym trwaniu prowadzi do śmierci. Natomiast paratyreoidektomja częściowa z zachowaniem dwóch gruczołów przytarczycowych, którą dokonywano u królików, kóz i baranów podczas usuwania gruczołów tarczowych, nie powoduje zazwyczaj żadnych objawów nerwowych. Przy usunięciu jednak *więcej niż dwóch gruczołów przytarczycowych* występowanie tężyczki należy niemal do prawidła, lecz i w tych przypadkach jest ona natury tylko przemijającej. Po tego rodzaju częściowej paratyreoidektomji (usunięcie 2—3 gruczołów przytarczycowych) zwierzę, które początkowo nie wykazuje objawów nerwowych, znajduje się wszakże w stanie *tężyczki utajonej*. Vassale spostrzegał taką utajoną tężyczkę poraz pierwszy u suki, której usunięto 3 gruczoły przytarczycowe i która zapadła na przemijającą tężyczkę, następnie jednak wyzdrowiała i urodziła potem dwoje niedonoszonych szczeniąt. Podczas drugiej ciąży po urodzeniu czworga szczeniąt i przy obfitem wydzielaniu mleka, wystąpiła niesłychanie ciężka tężyczka, którą doprowadziło do wyleczenia dopiero obfite podawanie substancji tarczycowej. Występowanie tężyczki po częściowej paratyreoidektomji u zwierząt ciężarnych opisywano następnie dość często, przyczem stwierdzone zostało, że, o ile pozornie zupełnie zdrowe zwierzęta po częściowem usunięciu aparatu przytarczycowego zachodziły w ciążę — równocześnie z ciążą następował wybuch tężyczki (Adler i Thaler). Fromme wykazał że u zwierząt takich zapomocą injekcji wyciągu łożyskowego można sprowokować tężyczkę. Wreszcie Rudinger stwierdził, że u kotów, którym usunięte zostały tylko zewnętrzne gruczoły przytarczycowe, zapomocą *podawania rozmaitych jadów* (atropina, morfina, ergotyna, kalomel, tuberkulina, głęboka narkoza eterowa) udaje się wywołać *przemijającą tężyczkę*. Z danych powyższych wynika, że w tego rodzaju obserwacjach rozwija się w postaci utajonej względna niedomoga gruczołów przytarczycowych, która przy różnorodnych dołączających się w ten lub inny sposób zaburzeniach przemiany materji wydobywać może na jaw objawy tężyczki. Obserwacje, składające się na analizowany tutaj zespół, dowodzą, że i u człowieka istnieć może niedomoga utajona gruczołów przytarczycowych wrodzona lub nabyta, dokumentująca się objawami Chwostka i Erba lub przebiegająca w okresach pozakurczowych zupełnie bezobjawowo i że niedomoga ta stwarzać może podłoże, na tle którego pewna *noksa dodatkowa* wyzwalać może zjawiska jawnej tężyczki. Czy szkodliwością ową jest sam napad migrenowy z jego przypuszczalną a nie znaną nam dokładniej toksycznością, czy też trwałe, przemijające lub nasilające się zaburzenia przemiany materji, leżące u podstawy procesu migrenowego, czy też zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych, które mogą być przyczyną pierwotną zmienionego metabolizmu — na to trudno jest dzisiaj dać stanowczą odpowiedź. Nie wyłączając całkowicie dwu pierwszych możliwości, sądzę, że mechanizm typu trzeciego jest jednak najbardziej prawdopodobny. Przypomnę tu, że w niektórych obserwacjach dotyczących migreny u kobiet, pierwsze objawy tężyczki samoistnej ujawniły się w okresie ciąży — i pod tym względem daje się zauważyć pewna *odwrócona analogja* do przejawów *basedowizmu i migreny*, z których pierwsze niewątpliwie łagodnieją, drugie zaś mogą zanikać całkowicie w okresie ciąży. W myśl rozumowań powyższych przypuścić należy, że wrodzona lub nabyta niedomoga gruczołów przytarczycowych, powodująca stan, któryby można nazwać *skazą tężyczkową* — w połączeniu ze *skazą neurotoksyczną*, stanowiącą według Flatau'a podłoże migreny, a powodowaną wtórnie przez zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem rozmaitych gruczołów dokrewnych, stwarza pewną odmianę obrazu migrenowego, którą określam nazwą zespołu *tężyczkowo-migrenowego*. W ten sposób w inkre-

cyjnej patogenezie migreny uwidacznia się prócz znanych dotąd zaburzeń w czynności *przysadki mózgowej, tarczycy i gruczołów płciowych* — po raz pierwszy współudział nowego partnera, jakim jest *niedomoga konstytucjonalna gruczołów przytarczycowych.*

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

Badania porównawcze nad próbami z galaktozą, lewulozą i tetrachlorfenolftaleiną jako metodami czynnościowemi sprawności wątroby *).

Z Oddziału W. I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. W. Czernecki.

W poprzedniej naszej pracy (1) poczyniliśmy badania porównawcze między próbami z galaktozą, lewulozą, tetrachlorfenolftaleiną, a próbą cholesterynowo-tłuszczowa i ustaliliśmy, że próba cholesterynowo-tłuszczowa ustępuje wyżej wspomnianym metodom czynnościowego badania wątroby.

W niniejszej zaś pracy przeprowadziliśmy badania porównawcze między próbą galaktozową, lewulozową i tetrachlorfenolftaleinową na materjale 41 przypadków różnych schorzeń wątroby. Do przeprowadzenia badań porównawczych pomiędzy temi właśnie trzema próbami skłoniło nas to, że powyższe próby są najczęściej stosowane, niemniej wyniki ich tak wybitnie niezgodne. Zadaniem naszem było stwierdzić, która z tych trzech metod jest najmniej zawodną i najbardziej nadaje się do czynnościowego badania wątroby.

Metodyka. W każdym przypadku po dokładnem zbadaniu klinicznem wykonywaliśmy badania w krótkich odstępach czasu, tak, aby próby powyższe odnosiły się do jednego i tego samego okresu choroby wątroby. Po zbadaniu cukru we krwi naczczo podawaliśmy 40 g galaktozy w herbacie a następnie w odstępach półgodzinnych, przez okres 2-ch godzin, oznaczaliśmy cukier we krwi mikrometodą Hagedorna — Jensena. W podobny sposób przeprowadzaliśmy próbę z 45 g lewulozy. Równocześnie przez okres 6 — 8 godzin zbieraliśmy mocz, w którym oznaczaliśmy cukier polarymetrycznie. Równolegle wykonywaliśmy próbę barwikową z tetrachlorfenolftaleiną według Rosenthala — Kunfiego, wstrzykując 5 mg na 1kg wagi ciała, a w godzinę potem pobieraliśmy krew celem stwierdzenia obecności barwika w surowicy. Dodatkowo jeszcze oznaczaliśmy ilościowo bilirubinę w surowicy krwi wedle Hijmans van den Bergha oraz badaliśmy jakościowo mocz na urobilinogen.

Próbę galaktozową uważamy zgodnie z Kahlerem i Macholdem (2) za dodatnią, jeśli cukier we krwi podnosi się powyżej 30 mg %. Badanie galaktozurji uważamy wraz z Kahlerem, Macholdem, Noahem (3), Daviesem (4), Mellerem i Frischem (5), w przeciwieństwie do Bauera (6), a zwłaszcza Oppenheimera (7), za niedostateczne. Znajdowaliśmy bowiem przypadki, w których wzrost cukru we krwi przekraczał znacznie 30 mg %, zaś cukromocz pojawiał się w śladach lub wogóle nie występował (przypadek 1, 2, 5, 18, 25, 29, 41, 42), tak, że na podstawie badania samego moczu możnaby z całą pewnością sądzić, iż próba z galaktozą wypadła ujemnie.

Odnośnie zaś do próby lewulozowej zdania są bardziej rozbieżne. Gdy wedle jednych po podaniu 40 — 50 g lewulozy wzrost cukru w normalnych przypadkach nie przekracza 10 mg % (Schirokauer (8), Mc. Lean i Wesselov (9), Spence i Brett (10) i inni), to według drugich wzrost ten może być znacznie wyższy tak, że Tahlermann i Kennet (11), Greene, Snell i Walters (12), Brown (13) i inni, uważają próbę lewulozową za dodatnią dopiero po przekroczeniu wzrostu cukru we krwi o 30 mg %. Myśmy stwierdzili w przypadkach prawidłowych wzrost cukru we krwi najwyżej o 20 mg % i dlatego próbę lewulozową uznajemy za dodatnią po przekroczeniu tej ilości. Nie potrzebujemy dodawać, że badanie lewulozurji po podaniu 45 g lewulozy zawodzi zupełnie. Różnicę zachowania się wzrostu cukru we krwi po podaniu lewulozy należy tłumaczyć bądź to podaniem lewulozy nieodpowiednio czystej lub nieodpowiednio przechowanej [1]), bądź to różną zdolnością wchłaniania się tego cukru z przewodu pokarmowego.

Zestawienie porównawcze próby galaktozowej i lewulozowej. Badania nad temi próbami przeprowadzono na 41 przypadkach schorzeń wątroby (patrz. tabl. 1).

---

*) Wedle wykładu wygłoszonego na XIII-ym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Wilnie (1929).

[1]) Myśmy stosowali lewulozę Scheringa, przechowaną w szczelnie zamkniętych i ciemnych naczyniach.

Z tablicy powyższej można zauważyć, że próby z galaktozą i lewulozą przebiegają w większości przypadków współmiernie. W 14 jednak przypadkach t. j. w jednej trzeciej części wszystkich przypadków zaznaczyła się bardzo wybitna niewspółmierność, charakteryzująca się tem, że krzywa cukru we krwi po lewulozie w stosunku do krzywej po galaktozie przebiegała bardziej płasko (przyp. 5, 6, 10, 15, 22) lub też wykazywała ledwo dodatni odczyn (przyp. 9, 19, 39), lub też w końcu wogóle wypadała ujemnie (przyp. 18, 23, 24, 36). Tylko w jednym przypadku (przyp. 12) próba lewulozowa wypadła dodatnio (+ 39 mg%) przy ujemnej próbie galaktozowej (+ 28 mg %). Na podstawie tedy naszych badań możemy powiedzieć, że próba galaktozowa przewyższa wartość próby lewulozowej, co jest zresztą zgodne z wynikami doświadczeń na zwierzętach. Przemiana bowiem galaktozowa, w przeciwieństwie do lewulozowej, odbywa się przedewszystkiem przy współudziale wątroby, mniej zaś innych tkanek (Fischler 14). Na podstawie naszych badań nie chcemy bynajmniej twierdzić, że próba galaktozowa jest niezawodną, wiemy bowiem, że przemiana galaktozowa zależy nie tylko od stanu wątroby, ale też od zdolności asymilacyjnej innych tkanek (Achard i Desbouis 15).

Zestawienie porównawcze próby galaktozowej i tetrachlorfenolftaleinowej.

Z uwagi na wyższość próby galaktozowej nad lewulozową zwróciliśmy baczniejszą uwagę na zachowanie się głównie próby galaktozowej, nie zaś lewulozowej, w stosunku do próby barwikowej. Badania nad temi próbami przeprowadziliśmy w 32 przypadkach rozmaitych schorzeń wątroby. W niniejszej pracy nie będziemy się zatrzymywali nad oceną wartości samej próby tetrachlorfenolftaleinowej, której zbiorową ocenę można znaleść w monografji Fiessiengera i Waltera (16) oraz Lepehna (17).

Przed przeprowadzeniem porównawczem między temi próbami, musimy podkreślić, co jest konieczne dla oceny porównawczej tych prób, że spostrzeżenia Bauera, Nyiri'ego i Strassera, wedle których wynik próby tetrachlorfenolftaleinowej jest nadewszystko uzależniony od stanu wydzielania i krążenia żółci, nie są słuszne. Wprawdzie zatrzymanie tego barwika we krwi jest w wielkiej mierze uzależnione od krążenia żółci, niemniej zgodnie ze spostrzeżeniami Snappera i Spoora (18), Schelonga (19) spotykaliśmy dodatni wynik próby w przypadkach schorzeń wątroby z prawidłowym poziomem bilirubiny (przyp. 6, 8, 10, 29, 35, 40) oraz zgodnie ze spostrzeżeniami Blatta (20) ujemny wynik próby w przypadkach z podwyższonym poziomem bilirubiny (przyp. 12, 15). W każdym razie spostrzeżenia Bauera i jego współpracowników są cenne, ponieważ w większości przypadków istotnie zachodzi pewna równoległość między krążeniem żółci a zatrzymaniem barwika. Ten fakt oczywiście w znacznej mierze ogranicza wartość próby barwikowej Rosenthala w rozpoznawaniu miąższowego schorzenia wątroby w porównaniu z próbą galaktozową. Dlatego najcenniejszym materjałem dla przeprowadzenia badań porównawczych między temi próbami nadają się przypadki idące bez żółtaczki lub z nieznaczną hyperbilirubinemją. Tutaj na pierwszy plan wysuwają się nasze przypadki marskości wątroby, które w dość pokaźnej liczbie mieliśmy sposobność przebadać. Uderza, że na 17 przypadków marskości wątroby, w 7-iu przypadkach próba barwikowa wypadła ujemnie, w 10-ciu zaś dodatnio; należy zwrócić uwagę, że na owych 10 przypadków w 4-ech przypadkach poziom bilirubiny był podwyższony. Natomiast próba galaktozowa wypadła na owych 17 przypadków tylko w 2-ch przypadkach ujemnie, mianowicie w przypadku 12-tym, w którym znowu próba lewulozowa wypadła dodatnio (wzrost o + 39 mg%), oraz w przypadku 14-ym, w którym wszystkie trzy próby wypadły ujemnie. Na tej podstawie możemy powiedzieć, w przeciwieństwie do spostrzeżeń Blatta, że próba barwikowa z tetrachlofenolftaleiną ustępuje znacznie próbie z galaktozą.

Streszczenie.

1) Próba z galaktozą przewyższa znacznie wartość próby z lewulozą w rozpoznawaniu schorzeń wątroby.

2) Próba barwikowa Rosenthala z tetrachlorfenolftaleiną ustępuje znacznie próbie z galaktozą.

Piśmiennictwo.

Elmer i Scheps: P. G. L. 1928, Nr. 18 i Klin. Wochenschr. 1928, Nr. 23. — 2) Kahler i Machold: W. kl. W., 1922, Nr. 18. — 3) Noah: Z. f. kl. Med., 1926, 164, str. 150. — 4) Davies: The Lancet, Nr. 5399, 1927. — 5) Meller i Frisch: P. G. L. 1928, Nr. 17. — 6) Bauer: W. m. W. 1906, Nr. 1 i 52; D. M. W. 1908, 35; W. kl. W. 1912, Nr. 24; Wien. Arch. f. in. Med. 1923, 6, str. 9. D. M. .W. 1921, 50; Bauer i Kerti: Kl. W. 1922, 20; W. kl. W. 1926, 16; Bauer i Nyiri: Kl. W. 1926, 39; Bauer i Strasser: Med. kl. 1928, 16. —

Tablica I.

L.	Rozpoznanie	Cukier we krwi po 40 g. galaktozy					Największa różnica	Galaktozurja w g.	Cukier we krwi po 45 g. lewulozy					Największa różnica	Lewulozurja w g.	Tetrachlorfenolftal	Urobilinogen w moczu	Bulirubina w sur w mg%
		na czczo	po 30'	po 60'	po 90'	po 120'			na czczo	po 30'	po 60'	po 90'	po 120'					
	Przypadki marskości wątroby																	
1	Cirrhosis	90	126	125	125	124	36	0	81	91	114	102	86	33	0	—	+	0.41
2	"	112	163	186	186	177	74	ślad	98	157	177	136	129	79	0	—	+	0.56
3	"	86	86	121	162	112	76		88	87	141	107	102	53	0	—	+	—
4	"	98	152	152	152	109	54	0.29	97	114	138	175	125	78	0	++	++	0.62
5	"	100	159	209	150	137	109	ślad	111	120	138	106	111	27	ślad	—	—	0.32
6	"	79	120	204	159	150	125	3.9	74	92	99	95	88	25	0	+	—	0.3
7	"	90	125	134	152	213	123	—	84	134	138	123	112	54	0	+	+	0.45
8	"	100	135	143	121	90	43	2.44	106	137	132	116	114	31	0	+	+	0.50
9	"	70	157	184	130	119	114	5.6	91	113	113	97	94	22	ślad	++	+++	0.40
10a	" . . .	66	183	176	132	110	117	5.1	68	102	88	79	62	34	ślad	+	++++	0.42
10b	Post splenectomiam .	84	187	182	155	114	103		60	90	93	67	54	33		—	+	0.47
11	Cirrhosis .	96	158	167	158	131	71	0	98		123	152	123	34	0	++++	++++	1.00
12	" . . .	81	109	105	90	88	28	0.18	93	132	115	113	110	39	0	—	+	1.25
13	"	90	131	134	118	93	44	1.5	77	123	107	98	82	46	ślad	—	—	
14	"	102	106	131	126	97	29	1.4	90	111	107	105	104	21	ślad	ślad	lekko wzmoż.	0.70
15	"	88	196	141	116	95	108	2.8	84	110	95	89	86	26	0	+	"	0.77
16	"	118	154	179	188	166	70	0.97	100	148	179	164	151	79	ślad	+++	—	10.7
17	Cirrhosis biliaris . . .	107	103	141	164	154	57		107	116	132	152	132	45	ślad		—	18.2
18	Cirrhosis cardiaca	79	100	118	118	97	39	0	94	105	82	75	70	11	0	++	+++	0.35
19	Cirrhosis syphilitica	77	159	184	134	114	107	2.1	108	128	130	110	98	22	ślad	+	—	0.55
	Przypadki zapalenia miąższowego																	
20	Hepatitis levis . . .	95	192	211	161	129	116	5.5	80	139	140	115	108	50	0	+++		2.50
21	" " . . .	91	139	189	164	125	98	6.4	90	125	145	184	161	94	ślad	++	+++	4.50
22	" " . .	86	126	179	190	156	104	3.32	100	110	132	128	102	32	0	/	++	23.0
23	" " . . .	84	158	161	145	91	77	4.4	91	105	110	83	86	19	ślad	+	—	5.2
24	" "	85	131	138	98	84	53		103	110	113	119	98	16	0		++	6.1
25	" " . .	80	156	180	154	107	100	0	65	109	109	94	85	44	0.08	+	+++	3.4
26	" " . . .	93	185	242	161		149	6.8	104	139	119	115	108	39	ślad	++++	—	14.8
27	Hepatitis syphilitica .	81	121	175	152	156	94	2.16	110	129	145	124	120	35	0		++	4.6
28	Hepatitis gravis atrophica	93	169	184	153	135	91		108	149	127	120	115	41	0		—	11.8
	Przypadki nowotworów																	
29	Tumor hepatis	88	116	152	124	105	64	0	84	114	114	93	89	70	0	++	—	0.32
30	Ca. pancreati, metastases hep.	105	154	129	111	102	49		105	130	122	121	116	25	0	/	—	3.4
31	Ca. Papillae Vateri Metastases hep. .	89	118	145	149	143	56	7.4	92	128	105	105	100	36	ślad	++	++	25.00
32	Ca. cyst. fel.	68	118	158	123	114	90	1.8	107	122	156	169	158	62	0	/	—	6.80
33	Ca. pancreatis, metastases hep.	116	170	197	191	155	81	2.74	116	115	138	93	88	22	0	/	—	11.2
34	Ca. pancreatis, metastases hep.	72	149	168	146	127	94	1.43	86	128	129	155	116	69	ślad	—	++	0.42
35	Ca. ventriculi, metastases hep.	89	173	168	118	102	84	2.82	81	134	88	79	77	53	"	ślad	+	0.42
36	Neoplasma hepatis .	64	141	145	109	84	81	5.6	86	88	105	84	89	19	"	++	—	15.6
37	Ca. ventr. met. hep. .	81		82	84	89	8	ślad	112	125	126	116	110	14	0	—	++	0.28
	Varia																	
38	Icterus mechanicus concretiones vesico-duodenales	118	170	217	198	187	199	4.0	138	145	159	159	102	21	0	+	—	8.00
39	Melanosarcomatosis hepatis	89	112	110	98	85	23	ślad	118	118	127	112	111	9	0	—		0.41
40	Poliserositis	108	122	157	179	125	71	0	111	117	120	124	139	28	0	ślad	+	0.50
41	Tumor hepatis et lienis	78	121	146	102	95	68		94	110	106	92	88	16	0		+	19.0

7) Oppenheimer: Zeitschr. d. ges. exp. Med., 1928, 107, str. 467. — 8) Schirokauer: Zeitschr. f. kl. Med. 1913, 78, str. 462. —9) Mc Lean i Wesselow: Quart. Journ. Med. 1920—21, XIV, 103. — 10) Spence i Brett: The Lancet, 1921, 1362. — 11) Tahlerman i Kennett: Quart. Journ. Med. 1923, 17, str. 37. — 12) Greene, Snell i Walters: Arch. of Int. Med. 36, 248, 1925. — 13) Brown: Arch. Dis. in Childhood (London) 3, 81, 1928. — 14) F. Fischler: Physiologie u. Pathologie der Leber. 1925, Berlin. — 15) Ch. Achard: Cinq leçons sur le diabète sucré, 1925. Paris. — 16) Fiessinger et Walter: L'exploration fonctionnelle du foie 1925, Paris. — 17) G. Lepehne: Die Leberfunktionsprüfung. 1929, Halle a/S. —18) Snapper i Spoor:Arch. f. Verdauungskr. 1928, 43, str. 426. — 19) Schellong: Technik der klin. Untersuchung. w Brugsch-Schittenhelm, 1928 (nakład 2-gi). — 20) Blatt: P. G. L. 1927, Nr. 46. — 21) Sabatowski: Gaz. Lek. 1906, Nr. 50—52. — 22) Filiński i Proszowski: Pol. Arch. Med. Wewn. T. I. Z. 1. 1923.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA

Dr. Józef SPIRA. Kraków.

Przyczynek do leczenia ropni mózgu pochodzenia usznego.

Z oddziału otorinolaryngologicznego Szpitala Izraelitów.
Ordynator: Dr. Józef Spira.

Zagadnienie leczenia ropni mózgu stało się w ostatnich latach znów przedmiotem ożywionej wymiany zdań. Z kilku stron podano nowe sposoby leczenia, które mają poprawić niekorzystną statystykę tego najgroźniejszego powikłania zapalenia ucha środkowego. Jak wiadomo, w przypadkach ropnia mózgu dwie przyczyny prowadzą najczęściej do zejścia śmiertelnego a mianowicie zapalenie opon mózgowych i zapalenie mózgu. — Ale o ile przy zapaleniu opon mózgowych jesteśmy prawie że bezsilni dopatrując się jego przyczyn w czynnikach niejako od nas zupełnie niezależnych, o tyle przy zapaleniu mózgu lekarz walczy do ostatniej chwili o życie chorego, żywiąc pewne nadzieje, że przez zastosowanie tego lub innego sposobu leczenia potrafi przecież wyratować.

Najstarszym i do dziś dnia najwięcej stosowanym jest sposób chirurgiczny. Postępuje się więc w myśl ogólnych zasad przyjętych w chirurgji, t. j. otwiera się szeroko ropień i drenuje go w celu zapewnienia odpływu ropy. Ale już wcześnie okazało się, że sposób ten zawodzi w chirurgji ropni mózgowych. Jakość tkanki mózgowej, jej delikatna budowa i wrażliwość sprawiają że mimo najdokładniejszego drenowania przychodzi do zapalenia mózgu; zapalenie to postępuje naprzód i w otoczeniu pierwotnego ogniska tworzą się nowe ropnie. Częściowo chodzi tu o zwykłe zatrzymanie ropy wskutek zapadania się miękkiej tkanki mózgowej, częściowo o świeże ogniska w zapalnie zmienionem i podrażnionem otoczeniu. Dreny nie spełniają odpowiednio swego zadania t. j. nie drenują. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do sączków gazowych. Gaza ssie doskonale, jak długo jest sucha; raz przepojona ropą, nie tylko że nie ssie, ale tworzy rodzaj czopu, który zatyka otwór i utrudnia dalszy odpływ; przez to przychodzi do zastoju, do wzmożenia ciśnienia mózgowego i stąd jeszcze większy ucisk na sączek. — Dreny z twardego materjału (gumowe, szklane, metalowe) również nie odprowadzają dostatecznie ropy, ponieważ otwory ich bardzo łatwo się zatykają rozpadającą się tkanką mózgową. Pozatem każdy twardy dren drażni tę tkankę. Należy pamiętać o tem, że otoczenie ropnia znajduje się w stanie zapalnym, jest obrzękłe, przepojone płynem i zbliżone raczej do masy galaretowej niż do stałego narządu. Nic łatwiejszego jak dostać się drenem w tą miękką masę zwłaszcza jeżeli chcemy dren głębiej włożyć. A nawet przy bardzo ostrożnem postępowaniu grozi niebezpieczeństwo, ponieważ masa ta — po opróżnieniu ropnia — sama się zapada, może niejako nabić się na dren i w ten sposób spowodować rozszerzenie się zakażenia. — Dlatego wielu autorów wogóle zarzuca sączkowanie a tylko stara się o zapewnienie odpływu ropy przez zachowanie odpowiedniego otworu. Klinika wiedeńska drenuje tylko tak długo, jak długo trwa wydzielanie; w przypadkach ciężkich, zwłaszcza zaś przy wielkich rozmiarach ropnia poleca wykonanie przeciwotworu na bocznej powierzchni płata skroniowego, względnie przy ropniach móżdżku w okolicy tyłogłowia.

Wielu zwolenników posiada przestrzykiwanie jamy ropnia; można je wykonać zwykłą rurką Hartmanna albo też rurką podwójną, w której płyn dopływa przez węższe ramię a odpływa przez szersze. Muck wykonuje te przestrzykiwania u siedzącego chorego, polecając mu równocześnie wykonywać głębokie ruchy wdechowe; w ten sposób ma się jama ropnia wybitnie rozszerzać, co ułatwia przepłukanie wszystkich zaułków. Muck osiągnął bardzo korzystne wyniki leczenia ropnia mózgu i przypisuje je powyższemu postępowaniu; natomiast inni autorowie (Güttich, Michaelsen) nie potwierdzają tego.

Bárány przyjmuje, że przyczyną przebicia komory mózgowej jest wzmożenie ciśnienia mózgowego i dlatego poleca upusty płynu mózgowordzeniowego przez nakłucia lędźwiowe względnie przez nakłucia komory.

Naogół niekorzystne wyniki leczenia chirurgicznego doprowadziły do szukania nowych dróg. Le Maitre podał przed kilku laty sposób polegający na opróżnieniu ropnia bez nacięcia opon lub tkanki mózgowej. Autor wykonuje nakłucia ropni poprzez oponę, wyciąga ropę a następnie przez miejsce nakłute dren gumowy o włosowatem świetle. Dzięki ciśnieniu wewnątrzczaszkowemu zostaje ropa wypchniętą i kroplami, ale stale wycieka przez dren. W następnych dniach wprowadza się dreny o coraz wiekszem świetle. Le Maitre opisuje 100% wyleczeń; Neumann, który ten sposób wypróbował, początkowo wyrażał się o nim niekorzystnie, jednak później posługując się nim otrzymał szereg korzystnych wyników. W każdym razie sposób ten jest jeszcze w okresie prób.

Leidler i Feuchtinger zaproponowali w r. 1926 nowy sposób leczenia ropni mózgu, który wywołał szeroką dyskusję w otologicznem towarzystwie wiedeńskiem. Wychodząc z założenia, że główną przyczyną powstania zapalenia mózgu stanowi podrażnienie tkanki mózgowej, wywołane przez ciągłą zmianę położenia drenów, — autorowie ci polecają wypełnić całą jamę sączkiem gazowym i pozostawić go aż do wyleczenia. W szczegółach, przedstawia się ta metoda w następujący sposób: Należy ewentualnie odciąć istniejące wypadnięcie mózgu, całą jamę ropnia dokładnie przeglądnąć, obumarłe części mózgu wraz z ropą usunąć a otrzymaną w ten sposób jamę o gładkich ścianach wysaczkować bardzo dokładnie gazą jodoformową. Ponad saczkiem założyć opatrunek uciskowy, gazę i opaskę krochmalną. Powierzchowne opatrunki należy zmieniać codziennie, względnie co drugi dzień. Jeżeli sączek nasiąka wydzieliną, należy go przepłukać roztworem fizjologicznym, nie wyjmując go aż do czasu, gdy zostanie sam wypchnięty przez bujającą tkankę ziarninową.

Szereg autorów opowiedziało się za powyższym sposobem, przedewszystkiem Marschik, który go jeszcze dawniej polecał w związku z nakłuciem lędźwiowem podczas zmiany opatrunku. Marschik uważa, że spokojnie leżący sączek, który wypełnia szczelnie wszystkie zaułki ropnia, podrażnia masę mózgową mniej niż dren, leżący luźno w jamie i poruszający się bez przerwy w następstwie nieuniknionych wahań ciśnienia i objętości mózgu. Dla uniknięcia ewentualnego nagromadzenia się ropy poza sączkiem, radzi Marschik zaopatrzyć sączek w dren ułożony ośrodkowo tak by nie dotykał ścian ropnia. — Mayer opisuje przypadek, w którym jama ropnia była wypełniona rozmiękłą czerwoną masą mózgową, co ,jak wiadomo, daje zawsze bardzo złe rokowania. W kilka dni po wyczyszczeniu jamy i wypełnieniu jej trwałym sączkiem stan chorego się poprawił, jama była czystą a ściany całkiem gładkie. Mayer przypisuje ten niezwykle korzystny wynik trwałemu sączkowaniu. Także Alexander uważa powyższy sposób za wskazany przy starszych ropniach, w których wydzielanie się zmniejszyło.

Poniżej pozwolę sobie opisać przypadek ropnia mózgu, który rzuca pewne światło na powyższą dyskusję.

Chodzi o dziewczynę 19 letnią R. S. która pozostawała w mojem leczeniu z powodu obustronnego zajęcia jam szczękowych, tudzież jam sitowych i czołowej po stronie prawej. W dzieciństwie płonica z zajęciem obydwu uszu, od tego czasu czasowy wyciek obustronnie. Przed 4 miesiącami obustronna operacja Luc-Caldwella w znieczuleniu miejscowem. Przed 10-ciu dniami ciepłota 38^0 — 39^0, silne bóle głowy po stronie prawej i szum w uchu prawem. Po 3 dniach dołączyły się nudności i wymioty: obecnie pewna poprawa, gorączka ustąpiła, ale bóle głowy utrzymują się St. pr. 4 IV. 29. Chora blada, bardzo osłabiona, od czasu do czasu zapada i musi się położyć. Napadowe, rwące bóle głowy. Bolesność opukowa głowy po stronie prawej, zwłaszcza w okolicy kości czołowej. Tętno 64, chwilami niemiarowe, ciepł. 36.8. Oczopląsu brak, zaburzenia równowagi: ogólne z powodu osłabienia. Ucho prawe: Mała ilość wydzieliny cuchnącej, brak błony bębenkowej, przetoka prowadząca do jamy sutkowej z małym polipem; brak objawów zaostrzenia. Szept O. Głośna mowa (z aparatem Bárányego) a. c. Odczyn kaloryczny: prawidłowy. Ucho lewe: suche, środkowe przebicie. Badanie wewnętrzne: ujemne. Badanie krwi: leukocytów 15.000. W preparacie mazanym: Segmentowanych 62%, pałeczkowatych 19%, młodocianych 1%, eozynofilow O

limfocytów 12% monocytów 6%. Operacja: Już przy pierwszem uderzeniu dłutkiem i zdjęciu blaszki kostnej zewnętrznej w okolicy dołka sutkowego odsłania się otwór miękki, o lśniącej powierzchni, robiący wrażenie otoczki perlakowej. Przy dalszem odsłanianiu okazuje się, że jest to wypuklenie średniej jamy czaszkowej, pokryte gładką, lśniącą oponą; wypuklenie to sięga aż do połowy wysokości tylnej ściany kostnej przewodu zewnętrznego tak, że o otworzeniu jamy sutkowej od tyłu nie może być mowy. Wobec tego wykonano operację doszczętną, idąc od przewodu usznego. W głębi jamy bębenkowej znaleziono perlaka, polipy, kawałek spróchniałego młoteczka; w jamie sutkowej: masy perlaka. Po usunięciu ściany tylnej przewodu usznego widać oponę, pokrytą w tem miejscu ziarniną. W tej okolicy wykonano 3 nakłucia mózgowe próbne ku górze, do tyłu i do przodu — z wynikiem ujemnym. Plastyka, sączkowanie, opatrunek.

Nakłucie lędźwiowe: Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, wypływa pod znacznem ciśnieniem. Badanie płynu wykazuje nieznaczną pleocytozę (15 komórek w 1 mm) Nonne-Appelt: ujemny; bakterjologicznie: jałowy.

15. IV. Chora czuje się lepiej, spała spokojnie, od czasu do czasu napadowe bóle głowy, tętno 64—68.

Badanie neurologiczne (Dr. Wander): Brak objawów przemawiających za ropniem mózgu.

16. IV. Wczoraj wieczorem wymioty, w nocy tętno 60—50; rano 64. Operacja: Odsłonięto wypuklenie mózgowe jeszcze dalej ku tyłowi i przodowi; odsłonięto tylną jamę czaszkową i zatokę; opony czyste. Powtórne nakłucia płata skroniowego (nieco głębiej niż za pierwszym razem): wydobyto ropę. Szerokie nacięcie ropnia, po rozszerzeniu korncangą wydobywa się około 3 łyżek cuchnącej żółto-zielonkawej ropy. Wycięcie opony na przestrzeni jednogroszówki. Do jamy włożono dren gumowy, owinięty gazą. Tamponada.

Badanie bakterjologiczne ropy: wyhodowano paciorkowce anhemolityczne, *proteus vulgaris, bacc. paracoli.*

18. IV. Chora czuje się dobrze, tętno 70—76. Zmiana opatrunku: przy rozszerzaniu rany korncangą wydobywa się dużo ropy. Sączek gazowy.

19. IV. Zmiana opatrunku: ropy nie wiele, wobec tego założono tylko powierzchowny sączek gazowy w celu utrzymania otworu.

21. IV. Otwór jamy zaciska się; wobec tego wycięto obumarłe części tkanki mózgowej w otoczeniu otworu; powierzchowny sączek.

22. IV. Tętno 60. Chora wymiotuje. Przy wejściu korncangą ku tyłowi wydobywa się około ½ łyżki ropy; podobnie ku górze. Odcięto znów część tkanki mózgowej; następnie założono 3 wąskie sączki do 3 zaułków ropnia: ku górze, tyłowi i przodowi. Chora silnie kaszle,dostaje wdzień kodeinę, na noc czopki pantoponowe.

23. IV. Stan ogólny się pogarsza; jama się powiększa, w zaułkach ropnia gromadzi się ropa; powierzchowny tampon gazowy.

24. IV. Przy opatrunku i przeglądaniu jamy nie znajduje się ropy.

25. IV. Opatrunku nie zmieniano; wymioty, bole głowy, tętno 80, rano 54, temperatura 37,5.

27. IV. Przy przeglądaniu rany nigdzie ropy nie znaleziono.

28. IV. Znaczne wypadnięcie mózgu, obumarcie powierzchownych części, cuchnienie, chora senna, bóle głowy, tętno 80—90.

1. V. Stan chorej bez zmiany; wobec tego, że wydzielanie ropy ustało, postanowiono zastosować trwałą tamponadę modo Feuchtinger-Leidler.

A więc odcięto wypadnięcie, jamę przeglądnięto, usunięto części obumarłe, poczem wytamponowano możliwie dokładnie całą jamę gazą kseroformową.

2. V. Stan chorej bez zmiany.

3. V. Stan chorej gorszy, bardzo silne bóle głowy, chora ciągle senna; zmiana powierzchownego opatrunku; gazę kseroformową przepłukano rozczynem fizjologicznym.

4. V. W nocy niezwykle silne bóle głowy, chora zamroczona, odpowiada tylko na głośne nawoływania; wymioty, tętno 80, temperatura 38° C.

Wobec tego stanu wyjęto sączek i powrócono do pierwotnych opatrunków t. zn. sączek gazowy włożono do otworu jamy po przeglądnięciu ropnia; ropy nie widać.

5. V. Chora czuje się lepiej; wypadnięcie znów większe. Odcięcie części mózgu w celu utrzymania wielkiego otworu.

7. V. Senność mniejsza, bole głowy utrzymują się.

W następnych dniach stan chorej się waha, naogół jednak zaznacza się powolna poprawa. Tętno 80—90, senność mniejsza, od czasu do czasu bóle głowy.

27. V. Wypadnięcie wypełnia jamę pooperacyjną i leży na wałe kostnym przewodu nerwu twarzowego.

15. VI. Chora czuje się zupełnie dobrze. Przewód ucha zewnętrznego jest zwężony przez wypadnięcie mózgu: poza zwężeniem wejście do ropiejącej jamy bębenkowej. Przepłukiwania rureczką Hartmanna. Wypadnięta część mózgu w ranie pooperacyjnej pokrywa się naskórkiem (epitelizuje).

1. VII. Ucho suche. 10. VII. Powtórne ropienie jamy bębenkowej. Po kilku dniach ropienie ustało.

Epikryza: U chorej cierpiącej od dzieciństwa na przewlekłe ropienie ucha środkowego prawego i pozostającej w leczeniu oddziałowem z powodu zajęcia jam bocznych nosa — występują nagle objawy wśródczaszkowe: gorączka, bóle głowy, wymioty, zwolnienie tętna. Ze względu na brak zaostrzenia zarówno w uchu jak i w nosie, trudno było orzec, do którego z narządów należy odnieść powyższe objawy. Równocześnie występujący szum ucha, tudzież bez porównania częstsze występowanie powikłań usznych skłoniło nas do rozpoczęcia poszukiwań od ucha. Przy operacji znaleziono oponę twardą średniej jamy czaszkowej w jednem miejscu zmienioną, pokrytą włóknikiem i ziarniną. Nakłócia płata skroniowego dały wynik ujemny, powtórzone po dwóch dniach wykryły bardzo wielki ropień. Zwykłe leczenie ropnia. Po kilku dniach wystąpiło zapalenie mózgu, które postępowało naprzód mimo tego, że wydzielanie ropy się zmniejszało. Wobec tego zastosowano sposób trwałego sączkowania, przy którym stan się na tyle pogorszył, że po 3 dniach koniecznem było sączek wyjąć i powrócić do poprzedniego leczenia. Przy leczeniu tem ropień się wyleczył z pozostawieniem wypadnięcia mózgu, które znajduje się w jamie pooperacyjnej i powoli pokrywa się naskórkiem; jednakowoż utrudnia dostęp do ropiejącej jamy bębenkowej.

Postępowanie nasze w przypadkach ropnia mózgu jest następujące: szerokie nacięcie ropnia (względnie cięcia krzyżowe), wycięcie dużej części opony, sączkowanie drenem, owiniętym gazą. W następnych dniach codzienna zmiana opatrunku, przyczem korncangą kontrolujemy ranę i przez delikatne rozłożenie jej ramion staramy się odprowadzić zalegającą ropę.

Skoro tylko wydzielanie ropy się zmniejsza a więc zazwyczaj już po kilku dniach przerywamy drenowanie jamy a wkładamy tylko powierzchowny sączek w celu utrzymania szerokiego otworu. Równocześnie odcinamy (często kilkakrotnie) zapadające się, (przeważnie obumarłe) i zaciskające otwór części mózgu.

Czy powyższy sposób leczenia jest słuszny? Trudno nam wydać sąd wobec stosunkowo niewielkiego materjału naszego oddziału i wobec zmiennego rokowania w przypadkach ropni mózgu; rokowanie to zależy od zbyt wielu różnych czynników jak wielkość ropnia, rodzaj bakterji, ich żywotność i t. d. W opisie danego przypadku chodziło nam nie tyle o pokazanie korzystnego wyniku pod wpływem powyższego leczenia, ile o podanie, że sposób, polecony przez Leidlera i Feuchtingera a mający wielu zwolenników wśród otjatrów wiedeńskich, w naszym przypadku zupełnie zawiódł.

Pozatem przedstawia powyższy przypadek szereg ciekawych szczegółów. Jednoczesne ropienie jam bocznych nosa i ucha środkowego bez jakiegokolwiek zaostrzenia czyniły trudnem postawienie rozpoznania. Niezwykle niski stan średniej jamy czaszkowej, która sięgała do połowy wysokości ściany tylnej przewodu usznego, utrudniał początkowo orjentację przy operacji. Wreszcie wygojenie nastąpiło z pozostawieniem stałego wypadnięcia mózgu, które zajmuje ranę pooperacyjną i uciska przewód. Ze względu na to, że jama bębenkowa poza tem wpukleniem czasowo ropieje, nie można chorej uważać za bezwzględnie wyleczoną i należy się ciągle liczyć z możliwością nawrotu ropnia mózgu.

Dr. J. LENCZOWSKI, st. asystent Kliniki. Lwów.

Płód zeschły w ciąży bliźniaczej.

Z Kliniki Położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Obumarcie jednego z bliźniąt w czasie ciąży nie należy do rzadkości. U zwierząt, u których już fizjologicznie występuje ciąża mnoga, śmierć pewnej części płodów jest zjawiskiem stałem. Według Kehrer'a śmiertelność płodów u świń wynosi 43%, u suk 17%, u króliczek 11%. U człowieka zdarza się to rzadziej. Strassmann podaje, że na 475 porodów bliźniaczych spostrzegał 5 przypadków płodów zeschłych, urodzonych obok żywych. Możliwe jest, że płód obumarły w bardzo wczesnym okresie rozwoju ulega zupełnemu rozpuszczeniu się, a w każdym razie znacznym zniekształceniom, utrudniającym rozpoznanie. I dlatego płody zeschłe w pierwszych 2 miesiącach ciąży stanowią wyjątek (Loenn-

berg — długość płodu 17 mm; Goldberg — długość $2\frac{1}{2}$ cm; Baecker — z końcem drugiego miesiąca; Zacharias — długość płodu 3,5 cm). Najczęściej opisywane są płody zeschłe z 3—6 miesiąca; w późniejszych okresach do wytworzenia się płodu spłaszczonego właściwie nie dochodzi, raczej płód nieżywy ulega rozmiękkaniu. Zmiany, które przechodzi jajo płodowe obumarłe w pierwszej połowie ciąży, polegają na wessaniu się wód płodowych, oraz na powolnej utracie wody przez sam płód, przez co staje się on twardym, jakby wyschniętym. Jednocześnie na skutek ucisku, jaki wywiera drugi bliźniak, płód zmarły stopniowo spłaszcza się, aż wreszcie staje się papierowo cienkim *(foetus papyraceus compressus)*.

Przyczyna śmierci nie we wszystkich przypadkach daje się ustalić. Bardzo rozpowszechnionem jest twierdzenie, jakoby między obu płodami wywiązywała się walka o środki odżywcze czerpane z ustroju matki, walka, w której płód słabszy ulega silniejszemu. Zjawiskiem tem starano się wytłumaczyć znany skądinąd fakt częstej różnicy w wielkości i wadze obu bliźniąt. Różnica ta występuje szczególnie jaskrawo w przypadkach ciąży jednojajowej, a więc gdy istnieje w sąsiadujących częściach obu łożysk wspólne krążenie (trzecie krążenie Schatz'a), przez co staje się możliwem w jeszcze większym stopniu upośledzenie odżywiania jednego płodu na korzyść drugiego, prowadzące niekiedy aż do obumarcia jednego z nich. Istotnie, powstawanie płodu zeschłego zaznacza się przeważnie w przypadkach ciąży jednojajowej, podczas gdy ciąża dwujajowa tylko wyjątkowo wikła się obumarciem jednego z płodów. Strassmann podaje, że na 5 płodów zeschłych 3 pochodziły z ciąży jednojajowej, 1 dwujajowej, w jednym wreszcie przypadku dane odnośne brakowały.

Poza walką, jaka się rozgrywa między obu płodami, mogą zaistnieć inne przyczyny, prowadzące do śmierci jednego z nich. Do nich należą — krwiak pozałożyskowy, zmiany zapalne błony doczesnej, ograniczające się tylko do miejsca przyczepienia płodu obumarłego (Hohlweg), skręt pępowiny (Sellheim), kiła, wreszcie przyczepienie błoniaste pępowiny (Petzold).

Jak już wyżej zaznaczyłem, przyczyna obumarcia jednego z płodów niezawsze jest jasną. I dlatego słusznem się wydaje ogłaszać każdy nowy przypadek o wyraźnej etjologji, tembardziej, że polskie piśmiennictwo nie może się poszczycić nadmiarem podobnych spostrzeżeń.

I tak, w roku 1876 Bylicki na posiedzeniu Krak. Tow. Lek. omówił i przedstawił przypadek porodu płodu 4-romiesięcznego zeschłego, urodzonego w ćwierć godziny po porodzie płodu żywego. W r. 1895 Festenburg na posiedzeniu Krak. Tow. Lek. pokazał preparat łożyska po urodzeniu płodu donoszonego, na którem stwierdził obecność 2 obumarłych płodów w piątym miesiącu księżycowym. Każdy miał odrębny pęcherz płodowy. Kohn w r. 1901 opisał przypadek, w którym w 4 dni po odejściu płodu zeschłego, odpowiadającego co najwyżej 5 mies. ciąży, wydobyto najpierw łożysko tego płodu, a później przez obrót urodzono płód drugi żywy donoszony. Łożysko tego płodu odeszło samo wraz z błonami, i nie można było wykryć śladu sąsiedztwa drugiego łożyska zgniłego.

W drugim przypadku wydobył Kohn po urodzeniu się dziecka żywego i odejściu łożyska jeszcze płód spłaszczony 4-romiesięczny, który znajdował się w odzielnym worku płodowym.

Wreszcie Saks przedstawił przypadek porodu bliźniaczego. Pierwsze dziecko zmacerowane, drugie żywe donoszone.

To jest wszystko, co znalazłem w polskiem piśmiennictwie.

Pozwolę sobie przeto przytoczyć jeden podobny przypadek, obserwowany na Klinice Położniczej we Lwowie.

Wieloródka (IV ciąża), lat 28, została skierowaną do Kliniki przez lekarza z prowincji. Poprzednie porody prawidłowe, dzieci żywe, przebieg połogów bezgorączkowy. Obecna ciąża przebiegała bez powikłań, na 2 dni tylko przed rozpoczęciem się czynności porodowej osoba ta odczuwała lekkie ciągnące się bóle dołem brzucha oraz zauważyła niewielkie krwawienie z pochwy. Bóle porodowe rozpoczęły się w dniu przybycia rodzącej do Kliniki w godzinach porannych. Lekarz prowincjonalny, wezwany do rodzącej, stwierdził badaniem wewnętrznem obok główki jakieś ciało płaskie, nieco przypominające łożysko; z tworu tego odeszło podczas badania parę strzępków; jeden z nich okazał się silnie spłaszczoną główką płodu, odpowiadającego wczesnemu okresowi rozwoju. Uderzony niezwykłym stanem, lekarz ów odesłał rodzącą do Kliniki.

Badanie uskutecznione wkrótce po przybyciu jej do naszego Zakładu dało wynik następujący:

Budowa prawidłowa, mięśnie średnio rozwinięte, podściółka tłuszczowa mierna, obrzęków brak. Macica kulista, wielkością odpowiadała końcowi ciąży, bóle porodowe słabe. Położenie płodu czaszkowe drugie, tętno dobrze słyszalne, miarowe, 140 uderzeń na minutę. Badanie wewnętrzne wykazało — ujście rozwarte na trzy palce, pęcherz utrzymany, przoduje główka — ruchoma nad wchodem. Tuż obok główki po stronie lewej wyczuwało się jakieś ciało, płaskie, dosyć twarde, nieco strzępiaste, z którego udało się wydobyć dwa kawałki. Jeden z nich okazał się małą kością czołową z okiem, drugi silnie spłaszczoną rączką.

Na podstawie tego badania, oraz wywiadów, rozpoznaliśmy ciążę bliźniaczą z obumarciem jednego z płodów we wczesnych miesiącach ciąży.

Poród przebiegał następująco: Wskutek słabych bólów porodowych, oraz występującego od czasu do czasu krwawienia wstrzyknięto podskórnie $\frac{1}{2}$ amp. thymofizyny; w godzinę po zastrzyku wystąpiły bóle parte i wkrótce po pęknięciu pęcherza urodził się płód żywy płci męskiej wagi 3.400 g. W 10 minut po porodzie odeszło łożysko wraz z błonami.

Przy oglądaniu popłodu można było stwierdzić, obok normalnego łożyska płodu żywego, twór płaski, nieco wyciągnięty, łączący się zapomocą wąskiej szypuły z jednym z brzegów łożyska (Ryc. 1 b).



Ryc. 1.

Wymiary tego tworu wynosiły 16 × 5,5 × 3,5 cm. Ciało to, mimo swej nieforemności dało się łatwo rozpoznać jako płód zeschły. W górnej części zupełnie wyraźnie stwierdzić można było delikatne zarysy żeber, w dolnej, w miejscu uszypułowania się, nieco pokręcone kończyny dolne. Pozatem widać było silnie scieńczałą i wyschniętą pępowinę, biegnącą do nieznacznego wgłębienia, znajdującego się na brzegu łożyska tuż powyżej łożyska (Ryc. 1 a).

Wgłębienie to niewątpliwie przedstawia silnie pokurczoną jamę worka płodowego.

Na zdjęciu roentgenowskim dokładnie widać cały tułów, oraz jedno przedramię i kończyny dolne (Ryc. 2).

Brak kości śródręcza i mostka jakoteż wymiary płodu przemawiają za końcem 4-go wzgl. początkiem 5-go miesiąca księżycowego (Lichem).

Każdy z płodów leżał w oddzielnym worku płodowym, składającym się z 2 błon, a więc przypadek ten dotyczył ciąży dwujajowej. Na rycinie 1 pod lit. d została oznaczona owodnia płodu żywego; owodnia płodu zeschłego bardzo krucha, widoczna jest w postaci cienkiego obramienia, okalającego jajo płodowe (Ryc. 1 a).

Co się tyczy kosmówek (Ryc. 1 c), to oddzielić ich od siebie nie udało się. Niewątpliwie początkowo istniały dwie błony, które z biegiem czasu tak się zespoliły ze sobą, że utworzyły, jakoby jedną warstwę. Pod drobnowidem jednak podwójność kosmówki występuje zupełnie wyraźnie.

Powierzchnię matczyną łożyska można podzielić na dwie części — większą, genetycznie należącą do płodu żywego, i mniejszą — do płodu zeschłego. Podczas gdy w pierwszej budowa odpowiadała zupełnie normalnemu łożysku ciąży donoszonej, a więc zrazy wyraźne zbitość gąbczasta, kolor żywy, ciemno - czerwony, część druga przedstawia obraz wyschnięcia i znacznych zmian wstecznych, —kolor szarawy, rysunek zatarty, zbitość podeszwowo twarda. Granica między obu łożyskami przebiega dosyć ostro w postaci równej linji.

Wejrzeniu makroskopowemu odpowiada budowa drobnowidowa. Łożysko płodu żywego posiada budowę zupełnie prawidłową, podczas gdy część, należąca do drugiego bliźniaka, przedstawia

obraz daleko posuniętych zmian martwiczych — kosmki bardzo blade, jednolicie się barwią; komórki trofoblastu prawie zupełnie nieobecne, naczynia kosmkowe zanikłe.

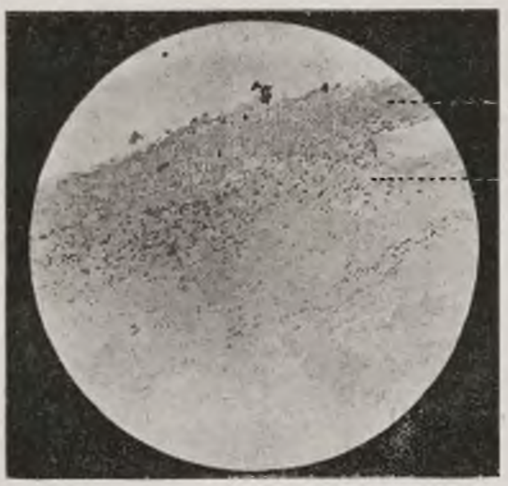
Zastanówmy się teraz nad przyczyną obumarcia jednego z płodów w naszym przypadku. Upośledzenie w odżywianiu na skutek przewagi płodu drugiego nie wchodzi tu w rachubę, gdyż była to ciąża dwujajowa, w której nigdy nie dochodzi do wytworzenia się



Ryc. 2.

trzeciego krążenia. Również nie da się uzasadnić jakieś uszkodzenie pępowiny, gdyż, aczkolwiek silnie wyschnięta, jest ona dosyć dobrze widzialna i nie wykazuje żadnych zmian patologicznych. Przyczyny ogólne, jak np. zatrucie, kiła, również dały się łatwo wykluczyć (ujemna anamneza, Was. —). Pozostawało jedno tylko przypuszczenie, a mianowicie stan patologiczny błony śluzowej macicy, niesprzyjający rozwojowi płodu.

W preparatach z niektórych miejsc udało się wykryć dosyć grubą warstwę błony doczesnej, ściśle przylegającej do łożyska. Otóż badanie drobnowidowe wykazało prócz bladości i małych rozmiarów komórek doczesnowych (Ryc. 3a), znaczne nacieki zapalne, przeważnie składające się z limfocytów, oraz komórek plazmatycznych (Ryc. 3b).



Ryc. 3.

Nacieki te, rozsiane po całej doczesnej,ześrodkowują się szczególnie w warstwach powierzchownych, a więc na granicy utkania łożyskowego, przechodząc również i na samo łożysko. Zmiany te wskazują na dawniej trwający już stan zapalny błony śluzowej i w dostatecznym stopniu tłumaczyć nam mogą zaburzenia odżywcze łożyska, a temsamem i śmierć płodu.

Dlaczego jednak zaburzenia te wystąpiły stosunkowo późno, bo w 4-tym miesiącu? Nie ulega bowiem wątpliwości, że stan zapalny błony śluzowej istniał jeszcze przed ciążą.

Na zapytanie wyżej postawione odpowiedzi zupełnie ścisłej dać nie możemy. Możliwe, że stan zapalny pod wpływem ciąży stopniowo się zaostrzył, tak, że dopiero w późniejszym przebiegu doprowadził do znaczniejszych zaburzeń. Nie jest również wykluczonem, że zapalenie ograniczyło się tylko do tej powierzchni, na której usadowiło się łożysko płodu zeschłego, błona śluzowa zaś reszty powierzchni macicy pozostawała wolna od zmian zapalnych. Za tem przypuszczeniem przemawia poniekąd utrzymanie się w ciąży drugiego płodu, mającego widocznie lepsze warunki odżywcze. Otóż można przyjąć, że początkowo, gdy jajo płodowe na całej prawie powierzchni posiadało kosmki, zdolne do czerpania składników odżywczych z błony śluzowej macicy, zagnieżdżenie się jaja nie ograniczyło się li tylko do części błony schorzałej, ale i sąsiedniej zdrowej, co umożliwiło dalszy rozwój ciąży.

Z chwilą wytworzenia się łożyska, gdy styczność płodu ze ścianą macicyześrodkowała się tylko w łożysku, fatalnym zbiegiem okoliczności stało się, że kosmki, które przylegały do miejsc zdrowych błony śluzowej, a więc odżywiające jajo płodowe, należały do kosmówki gładkiej *(chorion laeve)*, podczas gdy teren rozprzestrzenienia się kosmówki łożyskowej *(chorion frondosum)*, a więc przyszłego łożyska odpowiadał przeważnie tym częściom błony śluzowej, które uległy zmianom zapalnym. I dlatego, gdy się ustaliło krążenie łożyskowe, a więc w końcu 4 mies. ciąży, nastąpiła śmierć płodu.

Oczywiście, są to tylko przypuszczenia, których dowieść nie można. W każdym razie nie ulega najmniejszej wątpliwości, że bezpośrednią przyczyną obumarcia płodu w naszym przypadku stanowiło znaczne zapalenie błony śluzowej macicy.

Płód zeschły posiada ważne znaczenie dla klinicysty. Przedewszystkiem co do rozpoznania. Postawienie właściwego rozpoznania jeszcze w ciąży napotyka na wielkie trudności. Prawie jedynemi objawami są krwawienia, oraz słabe skurcze macicy, które to zjawiska łatwo się dają wytłumaczyć dążeniem macicy do wydalenia płodu nieżywego. Rzadko jednak dochodzi do poronienia, a jeszcze rzadziej płód zeschły rodzi się, czynność porodowa ustaje, drugi płód zaś pozostaje w macicy i ciąża dobiega normalnego końca. Ważnym objawem jest spostrzeżenie L e g u e u - H a l b a n'a, którzy niezależnie jeden od drugiego opisali kilka przypadków, dokładnie obserwowanych w ciąży. Objaw ten polega na tem, że w pierwszej połowie ciąży macica wydaje się większą, niż to odpowiada czasowi trwania ciąży, w drugiej zaś połowie następuje wyrównanie tej różnicy. Pozatem pod koniec ciąży H a l b a n obserwował w jednym przypadku wytworzenie się bruzdy na powierzchni macicy, bruzdy, która dzieliła macicę na dwie nierówne części, z których każda zawierała po jednym płodzie.

Z innych objawów ciążowych należy podnieść jeszcze gorączkę, a nawet dreszcze, jako wyraz wchłaniania wód płodowych płodu zmarłego (P e t z o l d), gdyż doświadczenia na zwierzętach K l e i n'a i B a u m e i s t e r'a wykazały wytwarzanie się jadów w płodach nieżywych.

Rozpoznanie o wiele jest łatwiejsze w czasie porodu. Zazwyczaj obok części przodującej płodu żywego wyczuwa się badaniem wewnętrznem i płód zeschły, niezawsze jednak właściwa natura tego tworu bywa należycie rozpoznana. Często myśli się o łożysku przodującym, lub o zgrubieniu błon płodowych, a jeszcze częściej, jeśli dostęp do płodu jest utrudniony dla palca badającego, nie podejrzewa się wcale istnienia tej nieprawidłowości i dopiero po odejściu łożyska płód zeschły wykrywa się przypadkowo w błonach płodu donoszonego. Ale i wtenczas nawet pomyłki z łożyskiem dodatkowym są częste, zwłaszcza, gdy płód ulega znacznym zniekształceniom. W przypadkach wątpliwych można uciec się do zdjęć roentgenologicznych tworów podejrzanych (B r i n d e a u et B o u c h a c o u r t). Odejście części płodu podczas porodu, jak to się stało w naszym przypadku, sprawę odrazu wyjaśnia.

Rzadko kiedy najpierw rodzi się płód zeschły, a później dopiero żywy, gdyż zwykle bywa odwrotnie.

Bardzo ważne znaczenie posiadają obserwowane przypadki zatrzymania się w macicy płodu, albo też łożyska.

S t r a s s m a n n przytacza kilka przypadków śmiertelnych krwotoków po porodzie, wywołanych zatrzymaniem się w macicy płodów zeschłych. Radzi on w każdym przypadku niedowładu macicy, nie dającego się powstrzymać, żadnymi preparatami farmaceutycznymi, przystąpić zaraz do ręcznego omacania wnętrza macicy celem ewentualnego stwierdzenia płodu zeschłego lub łożyska dodatkowego.

Płód lub łożysko zatrzymane po porodzie i nie wydalone może dłuższy czas pozostawać w macicy, stając się źródłem zakażenia i krwawień połogowych.

I tak Bouchacourt obserwował odejście płodu na trzeci dzień po porodzie, Becher dopiero na piąty dzień.

Zatrzymanie się samego tylko łożyska, podczas gdy płód został wydalony, w czasie porodu, spotrzegali Bazzanella (2 dni), Lichem (3 dni) i t. d.

Z tego pobieżnego przeglądu powikłań, jakie pociągać za sobą mogą płody zeschłe, dostatecznie uwypukla się ich znaczenie w patologji porodu i połogu.

Piśmiennictwo.

1) Baecker: Foetus papyraceus (Monatschr. f. Geb. Bd. IV. 387). — Bezzanella: Zentralblatt f. Gyn. (Bd. XV. 625). — 3) Bouchacourt: Zentralblatt f. Gyn. (1900. Nr. 13). — 4) Bylicki: Przegląd Lekarski (1876, str. 445). — 5) Festenburg: Przegląd Lekarski (1895, str. 655). — 6) Goldberg: według Seitz'a. — 7) Halban: Zur Kenntnis der Zwillingsschwangerschaften (Zentr. f. Gyn. 1914). — 8) Hohlweg: według Seitz'a. — 9) Kehrer: według Strassmanna. — 10) Kohn: Czasop. Lek. (Nr.8, str. 319, 1899). — 11) Tensam: Czasop. Lek. (Nr. 9, 1901). — 12) Tensam: Czasop. Lek. (Nr. 5, str. 184, 1901). — 13) Leguen: Zentralblatt f. Gyn. 1909, str. 1619. — 14) Lichem: Zwei Fälle von Foetus papyraceus (Zentr. 1902). — 15) Loennberg: Ein Fall von ungewöhnlich kleinem Foetus compressus (Monatschr. f. Geb., str. 25, Bd. XVI). — 16) Petzold: Ein Fall von Foetus papyraceus intrauterin festgestellt (Wien. Klin. Woch. 1923, str. 539). — 17) Saks: Czasop. Lek. (Nr. 9, str. 317). — 18) Seitz: w Winkel's Handbuch der Geburtshilfe (II. Bd. II. Teil, str. 1259). — 19) Sellheim: Erklärung der Drehung, Umschlingung u. Verknotung der Nabelschnurr (Zentralbl. f. Gyn. 1922. Nr. 44). — 20) Strassmann: w Winkel's Handbuch der Geburtshilfe (Bd. I. zweite Hälfte, str. 779). — 21) Zacharias: Münch. med. Wochenschrift 1906, str. 776).

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. WĘCKOWSKI. Poznań.

Rad w lecznictwie nowoczesnem *).

Szanowni Panowie!

Poczytuję sobie za wielki zaszczyt, że tu we Lwowie, w tem środowisku o ustalonej tradycji naukowej i dużych zasługach wobec nauki polskiej, w gronie tak licznie zebranych, mam sposobność powiedzenia kilku słów o radzie i jego stanowisku w lecznictwe nowoczesnem.

Zaszczyt ten zawdzięczam Wielce Szanownemu Panu Prezesowi Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego i Panu Dr. Ziembickiemu, niestety z powodu choroby tu nieobecnemu, z którym mnie łączy już oddawna serdeczny stosunek przyjaźni, i który zaprasza! mnie z wykładem jeszcze za czasów swej prezesury.

Referat swój postanowiłem podzielić na 2 części, t. j. na omówienie radu, jako źródła tej energji, która ujawnia się w postaci promieni α, β i γ, i na omówienie stanowiska, jakie rad, dzięki właśnie tym własnościom, zajmuje w lecznctwie nowoczesnem.

Odkrycie radu było dlatego zdarzeniem tak doniosłem, ponieważ badanie jego własności doprowadziło do odkrycia źródła wielkiej energji, jaka spoczywa w atomach radu i w atomach prawdopodobnie wszystkich innych pierwiastków. Do czasu odkrycia radu uważano atomy pierwiastków za ostateczne cząsteczki materji, jednolite i już więcej niepodzielne. Miały one różnić się tak, jak się różnią między sobą poszczególne pierwiastki, zależnie od swych własności. Dopiero badanie radu sprawiło, że dzisiaj uważamy atomy za ustroje złożone i składające się u wszystkich pierwiastków z tychsamych składników, które nazywamy cząsteczkami α i β, a własności danego atomu względnie odnośnego pierwiastka nie zależą od niczego innego, jak właśnie tylko od ilości tych cząsteczek i ich wzajemnego stosunku, jaki istnieje wewnątrz tego ustroju, który nazywano dotychczas atomem.

Cząsteczki α posiadają przytem nabój dodatniej elektryczności, a cząsteczki β nabój ujemnej elektryczności. Znajdują się one w wirującym ruchu wkoło środka atomu, który dokonywa się z szybkością, wynoszącą u ciałek α mniej więcej 40 tys., a u ciałek β 300 tys. km/sek. Jest rzeczą zrozumiałą, że cząsteczki posiadające tak wielką szybkość, przedstawiają czynnik o bardzo wielkim zasobie energji ruchowej. Energja ta pozostaje dla naszej obserwacji utajoną, dopóki ruch wirowy wkoło środka atomu odbywa się stale i bez przerwy. Dopiero wtedy, gdy powyższe cząsteczki bieg swój wirowy zmieniają i wypadają z obrębu atomów jako pocisk w postaci t. zw. promieni, dopiero wtedy energja ta się ujawnia i poddaje się naszemu zbadaniu i obliczeniu.

Wobec tego, że cząsteczki α i β posiadają wymiary ultramikroskopowe, więc zjawiska wywołane niemi, pomimo wielkiej ich energji kinetycznej, nie zawsze i niełatwo są bez wszystkiego dostrzegalnemi. Pierwsze skutki wywołane pociskami o takich ultraatomowych rozmarach będą również ultramikroskopowe, a miejscem, w którem ujawnią się zmiany, spowodowane promieniami, mogą być jedynie atomy i drobiny.

Promienie α i β, przenikając materję, zderzają się z konieczności z podobnemi cząsteczkami, znajdującemi się w prawidłowym ruchu wewnątrz-atomowym, a skutkiem takich zderzeń nastąpić może odchylenie się, pierwotnie prostolinijnego, kierunku promieni, lub nawet wytrącenie uderzonych cząsteczek z ustroju atomu. W ten sposób powstają promienie wtórne, oczywiście już o mniejszej energji kinetycznej, które, przenikając materję, są w stanie wywołać podobne zjawiska, jak promienie pierwotne.

Skutek promieni ujawniać się więc będzie przedewszystkiem wewnątrz uderzonych atomów, w następstwie czego ulec może zmianie wreszcie także wzajemny stosunek atomów zgrupowanych w drobiny. Że tak jest, widać np. z tego, że drobiny wody rozkładają się pod wpływem promieni na wodór i dwutlenek wodoru, amoniak na azot i wodór, dwutlenek węgla na węgiel i tlen. Podobnych zjawisk stwierdzono jeszcze dużo więcej. Tego rodzaju działanie odbywać się może w materji, niezależnie od jej stanu, t. j. zarówno w gazach, płynach jak i ciałach stałych, taksamo w świecie nieorganicznym jak i organicznym.

Działania promieni α i β nie wystarczy brać z punktu widzenia ich energji ruchowej. Okoliczność ta, że promienie α posiadają nabój elektryczności dodatniej, a promienie β ujemnej, musi bezwzględnie i z tej strony wpływać odpowiednio na materję, ulegająca działaniu promieni. W rozczynach zawierających swobodne aniony i kationy, będzie działanie promieni α odmienne od promieni β, t. zn., że promienie α działać będą wybitnie na kationy, zobojętniając ich dodatni nabój elektryczny i odwrotnie promienie α na aniony. Że tak jest, widać z tego, że roztwór koloidowy, poddany działaniu promieni β ulega strąceniu, co wytłumaczyć można tem, że pod wpływem ujemnego naboju elektrycznego promieni β so elektrycznie dodatni ścina się na żel.

W świecie organicznym ujawnia się powyższe działanie promieni bardzo wybitnie przy zadziałaniu ich na żywe tkanki biologiczne. Żywe tkanki biologiczne, których prawidłowe objawy życiowe są uzależnione od prawidłowego chemizmu, odbywającego się w ich komórkach, wykazują skutki działania promieni bardzo wybitnie. W życiu komórki podobne zadziałanie promieni na drobiny białka, węglowodanów, tłuszczów i ich kompleksów, jak wyżej przytoczone działanie promieni na drobiny wody, dwutlenku węgla i amoniaku, ujawniać się będzie w skutkach swych bardzo wyraźnie w stosunku do całości, jaką jest w tym wypadku żywa komórka. Tak niezmiernie złożony kompleks chemiczny, jakim jest protoplasma w postaci połączenia białka i lipoidów, ulega promieniom w ten sposób, że pod ich wpływem łatwo się rozpada. Przytem białko ulega denaturalizacji w postaci koagulacji, a lipoidy strącają się w postaci ziarenek, wywołując w ten sposób zjawisko t. zw. lipofanerozy. Żywa komórka ulega w stosunku do nasilenia promieni pewnym zaburzeniom, które ujawniają się niekiedy w sposób bardzo ciekawy, gdyż mogą doprowadzić do zmiany pierwotnych własności danej komórki i to do zaniku jednych własności a do powstania innych. Natomiast jeżeli zaburzenia są tak gwałtowne, że uniemożliwiają dalszy proces życiowy, wtedy komórka taka ulega obumarciu. Że tak jest, na to wskazują różne doświadczenia. Np. spostrzegł ostatnio Nadson w Leningradzie, że pleśń zwana *zygorrhynchus Mulleri* wykazuje po naświetlaniu radem własności zmienione, które dziedziczyć się mogą i utrzymać się jeszcze i w późniejszych pokoleniach. Jestto z pewnością zjawiskiem bardzo doniosłem. Grzybek ten traci mianowicie swoją pierwotną własność rozplemiania się dwupłciowego a nabywa zdolność rozplemiania się zapomocą zarodni. Prócz tego pierwotne zabarwienie białe zamienia się w żółte i trwa w tym kolorze także w pokoleniach następnych. Potwierdzają się wobec tego znane doświadczenia Hertwiga, który swego czasu dowodził, że zadziałaniem radu na jajka i plemniki u jeżowców wywołać można u nich zmiany, które się dziedziczą.

W promieniach radu posiadamy zatem czynnik niezwykle subtelny, który jest wstanie wpłynąć na chemizm w komórkach biologicznych w kierunku niekoniecznie zawsze ich zniszczenia, a który

*) Wykład wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

raczej może niekiedy wywołać tylko zmiany ich własności. Jestto ważnem dlatego, ponieważ można wobec tego mówić o możliwości t. zw. metaplazji komórek, t. zn. o możliwem przeistaczaniu się jednego typu komórek na inny. Za tem przemawia zjawisko, że niekiedy ma się wrażenie, jakoby nowotwory złośliwe, które mimo stosowania radu nie zanikają, ulegały jednakże pewnej biologicznej zmianie, łagodząc swój pierwotny charakter bardzo złośliwy.

Decydujący wpływ na te wywołane promieniami zmiany wywierają z pewnością przedewszystkiem 2 czynniki, t. j. ilość promieni i energja, z jaką promienie uderzają w daną komórkę. Jest zagadnieniem bardzo ciekawem, jakie działanie przypisać należy promieniom α i β, szczególnie w stosunku do białka, wodowęglanów i tłuszczów, jako tych istotnych składników żywych tkanek biologicznych. Na międzynarodowym kongresie w ub. roku w Sztokholmie wygłosił Stoklasa z Pragi swoje zapatrywania pod tym względem następujące. Organiczne pokarmy, białko, węglowodany i tłuszcze, winny ulec w organizmie, jak wiadomo, rozpadowi na dwutlenek węgla, wodę i mocznik. O ile sprawa ta nie dokonywa się całkowicie, wtedy powstają w organizmie kwasy organiczne, utrudniające jeszcze ze swej strony cały przebieg utlenienia względnie odtlenienia. Właśnie promienie α i β posiadają, według Stoklasy, tą własność pobudzania do czynności tych ważnych w biologji fermentów, które są powodem utleniających względnie odtleniających procesów chemicznych, jakie dokonywuja się w komórkach. W szczególności promienie α ułatwiać mają utlenienie, a promienie β odtlenienie i przyczyniać się mają w ten sposób do prawidłowej glikolizy węglowodanów a proteolizy białka.

Takie tłumaczenie działania promieni α i β ma swoje duże znaczenie przedewszystkiem przy chorobach konstytucyjnych, przy których wprowadza się rad do wewnątrz ustroju w postaci bądźto słabych roztworów, bądźto przedewszystkiem w postaci emanacji radowej, przy pomocy oddychania lub picia. Sposób leczenia chorób konstytucyjnych, który już oddawna cieszy się powodzeniem w postaci naturalnych kąpieli i picia zdrojów w miejscowościach, wyróżniających się dużą promieniotwórczością.

Jeżeli dotychczas mówiłem tylko o promieniach α i β, a pominąłem zupełnie promienie γ, to dlatego, że promienie γ, przenikając materję, wywołują według wszelkiego prawdopodobieństwa, wtórne promienie β, a te co do swego działania nie różnią się bynajmniej od pierwotnych promieni β. Wobec tego skutek promieni γ sprowadzić można do działania promieni β. W przeciwieństwie do promieni α i β, które są cząsteczkami, przypuszcza się, że promienie γ są falami eteru, które powstają w chwili rozpadu atomu. Są one, jak wiadomo, pokrewne promieniom Roentgenowskim, które też podobne jak one znajdują zastosowanie w medycynie. Fala promieni γ jest najkrótszą z wszystkich fal dotychczas znanych, i jest krótszą od fal promieni Roentgenowskich. Ma to swoje znaczenie, ponieważ może tłumaczyć fakt, dlaczego w niektórych wypadkach leczenia promienie Roentgenowskie mogą niedać skutku, a promienie radu wykazać się nim natomiast mogą. Między promieniami radu a promieniami Roentgenowskimi zachodzi bowiem podobna różnica, jak między różnokolorowymi promieniami składającymi się na widmo światła słonecznego.

Wiadomo przecież, że promienie pozafiołkowe posiadają własności wybitnie chemiczne w przeciwieństwie np. do promieni żółtych, mimo, że różnica długości fali obu rodzaji promieni jest bardzo małą. Długość fali promieni pozafiołkowych wynosi bowiem $\frac{4}{10000}$ m/m, a promieni żółtych $\frac{6}{10000}$ m/m. Możliwem jest przeto, że podobna różnica między długością fali promieni Roentgenowskich a radu wpływać może na różny skutek biologiczny, nimi wywołany.

Przejdę do drugiej części referatu, mianowicie do omówienia stanowiska, jaki rad zajmuje w nowoczesnem lecznictwie. Jest wiadomem, że działania promieni radu doznał pierwszy Henri Becquerel, prof. fizyki w Sorbonie i to w sposób szczególny. Nosił on bowiem przez pewien czas przy sobie preparaty radu, w następstwie czego, w miejscu, odpowiadającym kieszeni, powstały zmiany na skórze, przypominające zmiany, jakie powstają po zwykłem oparzeniu. Przyjaciel Becquerela, Dr. Danlos w Hopital St. Louis w Paryżu, potwierdził działanie radu na skórę ludzką, spostrzeżoną przez Becquerela i on to wprowadził stosowanie radu do dermatologji, posługując się nim przy różnych schorzeniach skóry. Od tego czasu datuje się pochód radu w biologji i w nowoczesnem lecznictwie. Poddając następnie różne schorzenia skóry działaniu radu, okazało się, że bardzo duża ilość ich poddaje się wyleczeniu. Wymienię z nich jako najważniejsze: Liszaj żrący, rumieniowaty, trądzik, łuszczycę, naczyniaki i znamiona barwikowe.

Stosowanie radu w lecznictwie jest tematem, który w ostatnich latach bywał często przedmiotem referatów na zjazdach międzynarodowych i dawał sposobność do ożywionych dyskusyj nad znaczeniem radu przedewszystkiem w walce z nowotworami złośliwymi. Wobec tego proszę wybaczyć, jeżeli będę mówił o rzeczach, które Szanownemu Państwu mogą być już znanemi skądinąd. Jest rzeczą do pożałowania i pozostanie taką zapewne jeszcze czas dłuższy, że preparaty radu są dostępne na razie niestety tylko nielicznym lekarzom. Wobec tego przy dyskusjach nad stosowaniem radu i nad osiągniętemi rezultatami może zdarzyć się niekiedy, że prelegent jest jedynym, który rozporządza w tych sprawach pewnem doświadczeniem. Oczywiście że taki stan rzeczy nie może przynieść dużego pożytku ani omawianej gałęzi nauki ani medycynie w ogólności.

Tu we Lwowie wieczór poświęcony omówieniu stanowiska radu w nowoczesnem lecznictwie spotyka się z korzystniejszemi warunkami, gdyż, jak mi wiadomo, odbył się już przed przeszło rokiem wieczór, poświęcony temu zagadnieniu, pozatem znajdują się tu we Lwowie panowie, pracujący od dłuższego czasu w tej dziedzinie, a w tutejszej Uniwersyteckiej klinice ginekologicznej stosuje się od dłuższego czasu.

Dzięki temu są na miejscu przedstawiciele tej specjalności i panowie, którzy mieli już sposobność zapoznania się z rezultatami, jakie można osiągnąć zapomocą stosowania radu przy różnych schorzeniach.

Stosowanie radu przechodziło różne koleje. Wartość leczniczą oceniali jedni bardzo wysoko, drudzy odnosili się do niego z dużym sceptycyzmem. Jakie usługi rad oddać może w lecznictwie wykazali z początku przedewszystkiem dwaj paryscy lekarze Wickham i Degrais. Zawdzięczali oni swoje doskonałe doświadczenia przedewszystkiem tej okoliczności, że mieli do dyspozycji wysokowartościowe preparaty radu a następnie, że wprowadzając do terapji prawidłowe posługiwanie się t. zw. filtrami, zdołali stwierdzić, jak doniosłym i niekiedy decydującym czynnikiem mogą być filtry dla osiągnięcia pożądanego wyniku leczniczego. Przy pomocy tych filtrów, mianowicie metalowych, pochłaniających promienie miękkie a przepuszczających twarde, zdołali oni rozszerzyć znacznie ówczesny zakres leczenia radem. Do ich czasu stosowanie radu ograniczało się bowiem przeważnie do schorzeń powierzchownych, a więc skórnych, a dopiero wprowadzenie filtrów umożliwiło skuteczne stosowanie radu przy schorzeniach znajdujących się głęboko pod skórą, a przedewszystkiem przy nowotworach złośliwych. Tymto mianowicie okolicznościom zawdzięczali oni swoje rezultaty, które w r. 1909 ogłosili w znanej monografji, zatytułowanej Radiumtherapie. Dzięki ich to doświadczeniom okazało się również, że bardzo ważnym czynnikiem jest ilość zastosowanego radu, i że od tego zależy bardzo często skutek zabiegu.

Ponieważ produkcja radu była z początku bardzo niewielka, a nabycie wysokowartościowych preparatów spotykało się z bardzo dużemi trudnościami, więc nawet ważne instytuty lecznicze i kliniki posługiwały się przez długie lata bardzo słabymi preparatami radu, podczas gdy już w Paryżu stosowano preparaty o stu i więcej miligramach. Tem się tłumaczy, dlaczego pierwotnie poza bardzo szczupłem gronem specjalistów w Paryżu i Londynie doświadczenia innych nie były zbyt zachęcające. Ten stan rzeczy zmienił się jednakże, skoro odkryto mezotor, pierwiastek bardzo podobny do radu, silnie promieniotwórczy, a różniący się od radu jedynie tem, że ulega szybkiemu rozpadowi.

Dopiero w posiadaniu większych ilości ciał promieniotwórczych udało się powszechnie potwierdzić wyniki, jakie osiągnięto w Paryżu i Londynie, i wtedy dopiero leczenie radem posunęło się znów o krok naprzód i utorowało sobie dostęp do nowych dziedzin w lecznictwie.

Wszystkie poważne instytucje lekarskie we wszystkich krajach zaczęły wtedy ubiegać się o zakup ciał promieniotwórczych i dzisiaj we wszystkich stołecznych miastach za granicą znajdują się już bardzo poważne ilości radu w posiadaniu instytutów państwowych lub stowarzyszeń naukowych.

Sposób leczenia radem przybrał w miarę rozszerzania się zakresu zastosowania, bardzo różne postacie. Jest rzeczą ciekawą, że radu używano w lecznictwie już od bardzo dawnego czasu. Mimo, że nic nie wiedziano jeszcze o jego istnieniu, używano go bowiem w postaci kąpieli i wody do picia w miejscach kąpielowych i zdrojowiskach, przypisując skutki lecznicze oczywiście zgoła innym czynnikom. Jak dziś wiadomo, znajduje się w takich wodach naturalnych przeważnie emanacja radu, która działa w czasie kąpieli na powierzchnię ciała, a pozatem przedostaje się do obiegu krwi na skutek wdychania jej do płuc. Z wodą do picia emanacja wnika drogą przewodu pokarmowego do wszystkich narządów. W ten sposób dokonać się może bardzo ścisły kontakt emanacji

i ciał promieniotwórczych z niej pochodnych z tkankami, i przyjść może do skutku to działanie promieni, o którem uprzednio już mówiłem, wskazując na doświadczenia Stoklasy z Pragi, a mianowicie działanie pobudzające procesy fermentacyjne utlenienia dzięki promieniom α, a odtlenienia dzięki promieniom β. Właśnie pobudzenie tych ważnych procesów fermentacyjnych jest tem wielkiem zadaniem, jakie jest do rozwiązania przy leczeniu chorób konstytucyjnych, które jak wiadomo, powstają często na skutek tego, że tkanki z trudem lub niezupełnie spalają białko, węglowodany i tłuszcze, przyjęte w postaci pokarmów.

Dawki radu i emanacji radowej wprowadzanej przytem do organizmu, zupełnie nie mogą się równać dawkom radu, używanym zewnętrznie, i obracają się w setnych miligrama względnie milicurie. Wyzwalające się bowiem promienie α przedstawiają, przy bezpośredniem zetknięciu się z tkankami, zanadto potężny czynnik leczniczy, ażeby go można użyć w ilościach większych.

Innego sposobu wymagają schorzenia skóry i nowotwory. Rad w postaci soli bromku, chlorku, siarczanu lub węglanu bywa napełnianym w ilości kilkunastu do kilkudziesięciu i więcej miligramów do aplikatorów o różnej postaci, które zależą od swego przeznaczenia. Aplikatory przewidziane do leczenia schorzeń macicy, przełyku, odbytnicy lub pęcherza posiadają przytem postać cewkowatą. Są to zatem przeważnie tuby wypełnione radem. Schorzenia skóry wymagają natomiast często aplikatorów w postaci płytek metalowych, pokrytych radem.

Są wreszcie w użyciu aplikatory w postaci wydrążonych i napełnionych radem igieł irydoplatynowych, przeznaczonych do nakłuwania pewnych a szczególnie ku temu nadających się nowotworów. Pewne instytuty, posiadające bardzo duże ilości radu posługują się jeszcze innym sposobem. Nie używa się tam do napełnienia aplikatorów radu, lecz emanacji radowej. Ma ten sposób swoje dodatnie strony, lecz ma też swoje ujemne. Preparaty radowe pozostają wtedy stale w bezpieczeństwie w laboratorjum fizykalnem, co jest rzeczą bardzo ważną, jednakże zato aplikatory takie zużywają się już po kilku dniach na skutek szybkiego rozpadu emanacji radowej.

Sprawa leczenia radem nabrała odpowiedniego znaczenia, gdy stwierdzono pod jego wpływem zanik tkanki nowotworowej, wynik, który swego czasu był zgoła nieoczekiwany. Stwierdzenie takiego ważnego faktu skierowało zastosowanie radu oczywiście prawie że wyłącznie w tym kierunku. I stąd wynikło, że od tego czasu pojęcie oznaczeniu radu w lecznictwie u ogółu, jakoteż nawet u przeważnej części świata lekarskiego, złączyło się jaknajściślej z kwestją raka, a wykładnikiem wartości radu w terapji w ogólności stała się jego skuteczność przy złośliwych nowotworach. Sprawa usunięcia nowotworów złośliwych nie przedstawia się jednakże tak łatwo jak usunięcie powierzchownych schorzeń skóry. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że rad stosowany zewnętrznie jest środkiem działającym przedewszystkiem miejscowo, i to w niedużym obrębie, a rak tymczasem nie zawsze jest tylko lokalnem schorzeniem, a jeżeli nim jest niekiedy, to tylko na samym początku. Wobec tego nadzieje pokładane w radzie, okazały się nie tak łatwo do ziszczenia jak to mogło wydawać się z początku i w okresie pierwszego entuzjazmu. Prócz tego okazało się jeszcze, że nowotwory, co do których możnaby mieć jaknajlepsze nadzieje co do ich usunięcia, wykazują niekiedy odporność niespodziewaną, a odwrotnie guzy, co do których zdawaćby się mogło, że stosowaniem radu wyniku dużego osiągnąć prawdopodobnie się nie da, zanikają niekiedy w czasie niezwykle szybkim. Powodu takich zjawisk dopatrywać się można tylko częściowo w trudnościach aplikacyjnych. Dotyczyć to może np. wypadków, w których dostęp preparatów radowych jest utrudnionym i dopiero zabieg chirurgiczny umożliwić może prawidłową aplikację. Inny powód polegać mógłby na fakcie, że stosowanie radu nie opiera się na tak ścisłych metodach jak inne operacje lecznicze, i że aplikacja radu jest zabiegiem w wysokim stopniu indywidualnym, opierającym się głównie na doświadczeniu operatora, a nie dającym się bez wszystkiego ujednostajnić. Innego powodu powyższego zjawiska szukaćby może należało jeszcze w biologicznych, dotychczas niedostatecznie wyjaśnionych stosunkach fermentacyjnych złośliwych nowotworów.

Same morfologiczne różnice tkanki nowotworowej nie mogą bowiem dotychczas wytłumaczyć, dlaczego w jednym wypadku nowotworu da się osiągnąć zanik jego, a w innym wypadku takiego skutku niema, i dlaczego niekiedy pierwsze stosowanie radu daje wynik pożądany a następny zabieg może zawieść zupełnie. Mówiono wobec tego o uodpornieniu się naświetlanych nowotworów. Do wyjaśnienia takiego uodpornienia mogą przyczynić się doświadczenia, na które zwrócili uwagę Zwaardemaker, Tomanek i inni. Stwierdzili oni, że po silnych naświetlaniach zanikać może w tkankach potas. Jeżeli zważy się, że potas w biologji wszystkich tkanek odgrywa niewątpliwie rolę ważnego katalizatora, ułatwiającego, przyspieszającego i regulującego procesy utlenienia i odtlenienia, dalej, że komórka nowotworowa wykazuje odmienne od prawidłowych tkanek działanie właśnie tych fermentów, od których zależy prawidłowe utlenienie i odtlenienie, — co ujawia się u komórek nowotworowych w wzmożonej glikolizie i w silniejszym trawieniu białka a w zmniejszonem rozszczepianiu tłuszczów, — to nie jest wykluczonem, że odchylenie co do prawidłowej ilości potasu może być powodem nabytej odporności nowotworów wobec promieni radu i ich dalszego przerostu.

Mimo, że dotychczasowe doświadczenia przemawiają za tem, że rad wprawdzie nie jest jeszcze tym środkiem niezawodnym, którego tak bardzo potrzeba w walce z złośliwymi nowotworami, to jednakże pozostanie on mimoto na długo, bardzo cennym nabytkiem w lecznictwie chociażby dlatego, że dzięki niemu jest obecnie możliwem, ulepszyć niekiedy wyniki osiągane dotychczas zabiegami chirurgicznymi. Leczenie u nas radem nowotworów złośliwych nie może na ogół współzawodniczyć z zabiegami chirurgicznymi, które pozostaną jeszcze na długo dominującym zabiegiem w walce z nimi. Jednakże tam, gdzie zabieg chirurgiczny staje się niewykonalnym z tych lub innych przyczyn, tam rad daje jeszcze rezultaty niekiedy zgoła nieoczekiwane. Dowodem tego są choćby wyniki, jakie osiągnąć można przy raku macicy, i to w wypadkach, nie nadających się już zupełnie do zabiegu chirurgicznego. Na już wspomnianym zjeździe w Sztokholmie w ub. r. jakoteż na konferencjach, jakie się odbyły w tej sprawie w Paryżu, Londynie i Genewie, ustalono, że za pomocą radu można uzyskać około 9% wyleczeń, trwających ponad lat 5 w takich wypadkach raka macicy, które do zabiegu chirurgicznego już się nie nadają zupełnie. Podawano na tych zjazdach również i statystyki wypadków nadających się do operacji, a leczonych i wyleczonych radem, i z tychto statystyk wynika wyraźnie bardzo poważne stanowisko, jakie w przyszłości stosowanie radu zająć może ogólnie w ginekologji.

Rak macicy nadaje się coprawda dużo lepiej aniżeli inne narządy do tego sposobu leczenia, a to ze względu na wyjątkowo korzystne warunki anatomiczne, które zezwalają na bardzo łatwe umieszczenie preparatów radu w samym środku miejsca schorzenia.

W wypadkach nowotworów innych narządów, stosowanie radu już nie spotyka się z tak korzystnymi warunkami aplikacji. Wprawdzie nowotwory odbytnicy, przełyku i krtani zajmują niekiedy obwód tych narządów i stworzyć mogą w ten sposób guzy, umożliwiające aplikację radu w samym środku guza. Jednakże stosowanie w takich wypadkach nie zawsze jest łatwe. W przełyku światło jest nieraz bardzo nikłe, skutkiem czego umieszczenie preparatów w środku nowotworu stać się może zabiegiem często niewykonalnym. W przypadku nowotworu krtani, tylko niekiedy można zastosować aplikację bez wstępnego rozcięcia tchawicy lub krtani, a przy raku odbytnicy, bardzo wielka pobudliwość jej śluzówki, wywołuje często bardzo przykre stany po zabiegu. Bądźto z powodu tych trudności aplikacji, bądźto, że wobec niebezpieczeństwa uszkodzenia otoczenia, jak np. przy przełyku, używa się mniejszych dawek, dość, że rezultaty w powyższych wypadkach nie mogą dorównywać skutkom, jakie osięga się zazwyczaj przy raku macicy. To samo dotyczy wypadków, w których radu umieścić nie można bez wszystkiego w samym środku nowotworu, jak przy guzach sutka, języka, migdałków, przyuszniey i innych narządów. Tu trzeba niekiedy nakluwać te guzy igłami radowemi lub zastosować zewnętrznie bardzo silne aplikatory. Ta różnorodność pod względem anatomo-topograficznym nowotworów i związana z tem zmienność sposobów aplikacji radu wpływa na to, że dotychczas nie udało się jeszcze wygotować podobnych i tak licznych zestawień statystycznych jak w wypadkach raka macicy.

Już 20 lat trwa dyskusja naukowa w sprawie stanowiska, jakie przypisać należy leczeniu radem nowotworów złośliwych. Wypowiedziało się dotychczas już kilka narodów co do stanowiska, jakie zajmuje leczenie radem w ich nauce medycyny. Podczas gdy w St. Zjedn. i w Anglji leczenie radem stosuje się już we wczesnych stanach choroby raka i tem większe rokuje nadzieje radykalnego wyleczenia, im wcześniej przystępuje się do leczenia radem, to nauka francuska pozostaje dotychczas przy dawnym poglądzie, że tylko radykalne usunięcie za pomocą zabiegu chirurgicznego daje możliwość rzeczywistego wyleczenia. Polska nauka jeszcze nie zdołała w tej materji się wypowiedzieć na skutek braku odpowiednich instytutów, w którychby już od dość dawna stosowano leczenie radem systematycznie i na dostatecznej liczbie chorych.

Liczne publikacje, jakie ukazały się we wszystkich krajach za i przeciw, wymagają rozstrzygnięcia ze strony bardzo autorytaty-

wnej. Sekcja Higjeny przy Lidze Narodów, chcąc przyczynić się ze swej strony do odpowiedniej oceny, opracowała w r. ub. na posiedzeniu w czerwcu, ankiety przeznaczone dla instytucji naukowych, rozporządzających wielkim doświadczeniem. Od nich to Liga Narodów spodziewa się rzeczowego orzeczenia. Są to Fondation Curie w Paryżu, Radiumhemmet w Sztokholmie, Instytutu w Londynie i klinika Prof. Doederleina w Monachium. Ankieta ta ma wyświetlić stosunek 3 czynników t. j. radu, promieni Roentgenowskich i zabiegu chirurgicznego nasamprzód do raka macicy. Rak macicy zajmuje bowiem stanowisko odrębne ze względu na to, że, jak już nadmieniłem, co do niego opracowane są bardzo dokładne statystyki, odnoszące się do rezultatów osiąganych zapomocą radu, promieni Roentgenowskich i zabiegów chirurgicznych. Wyniki ankiety i wnioski, jakie Sekcja Higjeny przy Lidze Narodów zechce w tej sprawie przyjąć, będą z pewnością stanowiły bardzo poważny dokument oceny.

Stosowanie radu przy nowotworach, chorobach konstytucyjnych i skórnych nie obejmuje jeszcze wszystkich możliwości zastosowania tego środka leczniczego w medycynie. Dziedziną patologji, w której rad niekiedy oddaje również duże usługi, o której jeszcze nie mówiłem, są przewlekłe stany zapalne, niezależnie, jakiego są pochodzenia. Gruźlicze i inne owrzodzenia na śluzówkach, leukoplakja, miąższowe przewlekłe zapalenie rogówki bywają wdzięcznymi przedmiotami leczenia. Nie wyczerpałbym wskazań, jeżelibym nie zwrócił uwagi na przerosty gruczołu tarczowego i na chorobę Basedowa. Wielki państwowy Instytut Radowy, Radiumhemmet w Sztokholmie, ogłosił statystyki tych schorzeń, tam naświetlanych radem, z których wynika 52% wyleczonych a 22% polepszeń. Działanie radu z pewnością nie ogranicza się w tych wypadkach tylko do zadziałania na strukturę chorej tkanki lecz wpływa również na istotę odbywającej się w niej wadliwej przemiany biologicznej. Wnioskować o tem można np. z tego, że ustępują objawy tyreotoksyczne również i w wypadkach takich, w których zwiększenie tarczycy jest bardzo małe albo zgoła niewidoczne.

Skuteczność radu przy złośliwych nowotworach była jednym z tych powodów, które dały inicjatywę do stwarzania specjalnych instytutów leczniczych dla raka, instytutów, bądźto państwowych i samorządowych, bądźto ufundowanych przez filantropów i samopomoc społeczeństw. Innym z powodów była może jeszcze okoliczność ta, że w domach panujących rodzin zachodziły wypadki raka, które zwracały uwagę szerokich sfer ludności na niebezpieczeństwo, tkwiące w tem schorzeniu i na pewną bezskuteczność stosowanych zabiegów. Powstawały więc Instytuty, w których przedewszystkiem uruchamiano oddziały przeznaczone dla leczenia radem.

W Londynie otwarto Radium Institute, w Paryżu utworzono Fondation Curie, w Sztokholmie Radiumhemmet, w Niemczech Samariterhaus w Heidelbergu.

Z biegiem czasu okazało się, że środki przeciwrakowe jak rad i roentgen, kwestji zwalczania złośliwych nowotworów jeszcze ostatecznie nie rozwiązują, gdyż zastosować je można tylko do pewnych i na skutek swego umiejscowienia szczególnie nadających się schorzeń. Ponieważ w tych instytutach gromadził się liczny materjał nowotworów złośliwych, więc prócz oddziałów czysto leczniczych zaczęły powstawać i oddziały badawcze, a skutkiem tego pierwotne Instytuty lecznicze rozwijały się powoli do roli instytutów przeciwrakowych, opracowujących sprawę raka także z punktu widzenia teoretycznego, badawczego, doświadczalnego, biologicznego, statystycznego i t. d. i rozpatrujących ją jako problem o międzynarodowej doniosłości. W tych instytutach przeciwrakowych, które istnieją dzisiaj prawie że we wszystkich krajach cywilizowanych, i które posiadają niekiedy bardzo poważne ilości radu, jak w Paryżu, Londynie, Brukseli i Sztokholmie, odbywa się więc praca nietylko w kierunku leczenia raka, lecz także i w kierunku wypośrodkowania jeszcze skuteczniejszych i właściwszych sposobów jego leczenia. Rozwiązanie zagadnienia tak poważnego, o znaczeniu ogólno-ludzkiem, wymaga współpracy całego zastępu naukowych pracowników, i może najlepiej określił konieczność tą zmarły niedawno prof. Bergonie, który przy otwarciu oddziału radowego do walki z rakiem w Londynie wypowiedział swoje zdanie w sposób mniejwięcej następujący: Anatom, patolog, fizyk, chemik, fizjolog, internista, chirurg, radiolog, rentgenolog, biolog, wszyscy winni złączyć się w wspólnych wysiłkach, ażeby komunikując sobie nawzajem wyniki swoich doświadczeń i pouczając się wzajemnie, stworzyć to, co nazywa się labour en commun.

Starałem się wykazać Szan. Państwu, że lecznictwo nowoczesne posiada w radzie środek o bardzo szerokich możliwościach zastosowania. Balneologja, dermatologja, chirurgja, interna, i inne działy medycyny mogą ze skutkiem posługiwać się jego działaniem. I z pewnością praktyka lekarska korzystałaby z niego w bardzo szerokim zakresie, gdyby na przeszkodzie nie stały trudności uzyskania go przez instytuty, jak i przez szeroki ogół lekarzy.

Uznając stan taki za niewłaściwy, Komisja Higjeny przy Lidze Narodów wystąpiła przed rokiem na posiedzeniu w Genewie z wezwaniem, ażeby w każdem państwie powstały instytucje centralne, zaopatrujące w rad kliniki i lekarzy praktykujących.

Na zakończenie nastąpi wyświetlenie różnych schorzeń skórnych i złośliwych nowotworów, leczonych radem. Fotografje pochodzą bądźto ze znanej monografji Wickhama i degrais'a, o której wspominałem, bądźto z własnego doświadczenia.

OCENY.

Questions cliniques d'actualité (service du prof. Sergent). Masson et Cie Paris 1929. Zagadnienia kliniczne chwili bieżącej.

Zbiór wygłoszonych w klinice paryskiej Sergent'a (Szpital Charité) przez kilkunastu autorów, częścią współpracowników profesora, częścią przez uproszonych przygodnych klinicystów obcych. Wtorki przeznaczone są dla pierwszej grupy, zaś piątki dla drugiej grupy prelegentów. Ma to być niejako uzupełnieniem wykładów klinicznych profesora. Pierwszy zbiór pojawił się z końcem r. 1928.

B a b o n e i x przedstawia wyczerpująco dzisiejszy stan nauki o *Polyomyelitis anterior acuta* (Paralysis infantum). Szczegółowo omawia autor rozpoznanie różniczkowe: zapalenia opon zwłaszcza gruźlicze, schorzenia kostno-stawowe, krwawienia oponowe, encephalitis lethargica, zapalenia mnogonerwowe i t. p. Zwraca też autor uwagę na znaczenie społeczne choroby i na doniosłość wczesnego rozpoznania i wczesnego leczenia energicznego (surowicą ozdrowieńców — serum antipoliomyelitic).

B e n d a daje ciekawy przyczynek do poznania *nieżytu oskrzelowego* kiłowego — zwłaszcza w kile trzeciorzędnej. Autor ściśle rozróżnia kiłę oskrzeli ze stwardnieniem (sclérosante) od kiły rozstrzeniowej oskrzeli (bronchiectasiante). Doskonałe obrazy z własnych preparatów, również i rentgenogramy uzupełniają wywody autora. Ciekawe są zwłaszcza równoczesne porównawcze rentgenogramy zmian gruźliczych płuc u kiłowych.

O ścisłym związku pomiędzy śledzioną a oddychaniem mówi profesor B i n e t na podstawie własnych doświadczeń. Śledziona jako rezerwoar krwinek natychmiast oddziaływa pod wpływem asfiksji i anoksemji.

F r a n c i s B o r d e t omawia zespół „Myocardie" (Myocardie L a u b r y) obejmujący przypadki niedomogi serca, bez widocznych zmian anatomicznych (insufficientia cryptogenetica), bez znanej etjologji, rozwijającej się szybko i niepomyślnie, przyczem leki nasercowe zupełnie zawodzą [1]). Zespół ten jako osobna jednostka chorobowa dotąd jedynie przez niektórych autorów francuskich jest uznawany.

M a r i a n o R. C o s t e x, prof. z Buenos Aires daje doskonały przegląd nauki o *Diabetes renalis,* na podstawie własnych spostrzeżeń, jako znamiona kliniczne uważa:

1) glikozurję przy normalnej lub zmniejszonej zawartości cukru we krwi (normo- aut hypoglicaemia)

2) niezależność glikozurji od ilości wprowadzonych węglowodanów,

3) brak objawów cechujących moczówkę cukrową,

4) brak odczynu hiperglikemicznego po glukozie — szczegół pierwszorzędnej wagi, gdyż w Diabetes renalis wywołana sztucznie hiperglikemja jest przejściowa.

W sprawie patogenezy prelegent przypisuje wielką doniosłość acydozie pochodzenia toksyczno-jelitowego. Działając na jelito można acydozę zmniejszyć lub zwiększyć, intoksykację jelitową zwalczał ze skutkiem drogą biologiczną, djetetyczną i farmaceutyczną — wyniki autora były świetne.

O powikłaniach opłucnowych w ostrych schorzeniach płucnych pneumokokowych mówił A. C o u r c o u x.

Prof. P i e r r e D e s c o m p e s o chirurgji w leczeniu zespołów basedowowych. Przypadki łagodne nie wchodzą wcale w zakres chirurgji. W przypadkach cięższych zabiegi chirurgiczne są

---

[1]) Na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Londynie szeroko omawiano niedomogę mięśnia sercowego. W dyskusji zauważyłem (teza druga): Zadziwia nas często rażący niestosunek pomiędzy anatomicznemi zmianami mięśnia sercowego a objawami klinicznymi. Przyczyna często niewyjaśniona. (5-ta teza): U łoża chorego jesteśmy nieraz zmuszeni polegać jedynie na naszem doświadczeniu. Str. 191 XVII Internat. Congress of med. 1913. Section VI Part II. London 1914. Sprawozdawca.

uzasadnione. Hemithyreoidetomia — zabiegi stopniowe — zależnie od stanu ogólnego chorego — dają wyniki korzystne. W przypadkach bardzo ciężkich należy wstrzymać się od wszelkich zabiegów chirurgicznych. „Chirurgja powinna odmówić interwencji w rozpaczliwych przypadkach".

W sprawie jadu przesączalnego (Virus filtrant) przemawia H. Durand.

O schorzeniach zakaźnych posocznicowych, gronkowcowych mówi prof. A. Lemierre, na podstawie własnych przypadków. Zakładania „ropni fiksacyjnych" odmawia wartości terapeutycznej, srebro koloidalne dożylnie stosowane czasem bywa skuteczne. Szczepionki w przypadkach podostrych dających rokowanie mniej złe, mogą czasem pomóc. Trypaflawina w jednym przypadku dobrze działała (2 zastrzyki po 0,50) w innym zawiodła. Young w Baltimore miał dobry wynik stosując *mercurochron* względnie Gentiana-violet. W surowiczo-ropnych wysiękach wikłających sprawy, nie należy spieszyć się z pleurotomją. Proste nakłucie wystarczy a ciężki zabieg chirurgiczny sprowadza zazwyczaj śmierć.

Kaszel sercowy i postać niby krztuścowa niewydolności sercowej stanowiły przedmiot odczytu prof. Kamila Lion. Omówiwszy kaszel jako jeden z zespołów śródpiersiowego tętniaka tętnicy głównej, zapalenia osierdzia, zwężenia zastawki dwudzielnej, kaszel odruchowy zapaleń tętnicy głównej, śródsierdzia, schorzeń płucnych wikłających choroby naczyniowo-sercowe (obrzęki ostre płuc, zawały, asystolia i t. d.) przechodzi autor do opisu szczególniejszego postaci nibykrztuścowej niedomogi serca (forme coqueluchoide). Kaszel w 1/3 przypadków zjawiał się nocą, w niektórych przypadkach po wysiłku (la toux d'effort), w przeważnej części przypadków wynik badania płuc jest ujemny. Na 40 spostrzeganych przypadków był kaszel objawem głównym, zasadniczym. W połowie przypadków byli to chorzy sercowi młodzi, najczęściej dotknięci schorzeniem zastawki dwudzielnej, rzadziej tętnicy głównej, druga połowa przypadków obejmuje ludzi ponad 50 letnich z lekkiem nadciśnieniem, lub podwyższonem. Terapja wyłącznie ma być skierowaną przeciw niedomodze serca naparstnicą. Pomijając kaszel sercowy pochodzący z ucisku nerwu błędnego lub lewego nerwu recurrens — w przeważnej części jest wyrazem niedomogi serca.

„O puchlinach brzusznych marskich uleczalnych" mówił René Mignol. Przedstawiwszy usiłowania terapeutyczne i operacyjne, które zawiodły, (sposób Talmy, Lang'a, Rosensteina, Bogoraz'a, Lambotte'a, Ruotte'a, Villard'a i Tavernier'a) wypowiada wreszcie następujące wnioski: Zapalenia wątroby żylne pochodzenia wątrobowego niezawsze okazują przebieg postępujący, niepomyślny, nieraz okazują posunięcia poprzedzielane okresami drugiemi w których chory zdaje się być wyleczony. Puchlina brzuszna znika, lecz uszkodzenie wątroby trwa dalej. Brzuszna puchlina marska tem bardziej jest uleczalna, im świeższej daty jest alkoholizm chorego i im bardziej marskość zbliża się od początku do typu przerostowego. Usunięcie całkowite napojów wyskokowych jest koniecznym warunkiem wyleczenia. Leczenie w połączeniu z djetą ma za zadanie podniesienie czynności komórki wątrobowej, od czego zależy rokowanie i uleczalność brzusznej puchliny.

Z farmaceutycznych przetworów na uwagę zasługują: Calcium chloratum granulat. sicc. (w rozczynie słodzonym na 150, z czego 15 kawowych łyżek odpowiada 15 gr. soli), dożylne zastrzyki sinku rtęci (cyanure de Hg), jodek potasu sam lub w połączeniu z rtęcią, sole bizmutowe, przetwór rtęciowo-organiczny (Carnot, Bariety et Boltanski) zwany 400-B, pomysłu Fourneau, jako znakomity moczopędny środek, wreszcie podskórne zastrzyki glikogenu przez 20 dni po 2 cm^3 rozczynu Clin (à 0,05 w jednym ccm^3). Stosowanie promieni pozafjołowych w uporczywych przypadkach, pod warunkiem, że nie ma zbyt wielkiej niedomogi serca.

Linitis gastrica stanowi treść wykładu Oury'ego. Rzadka ta postać raka żołądka , znana wprawdzie jeszcze w połowie przeszłego stulecia, daje się rozpoznać za życia jedynie rentgenologicznie (choroba Brintona). Krwawień zazwyczaj brak. Obok postaci z objawami żołądkowymi rozróżnia autor postać z objawami jelitowymi, i t. d.. Ściany żołądka twarde, chrząstkowate, pojemność znacznie zmniejszona (100—200 ccm^3). Przerzuty występują w jelitach, często w prostnicy. Leczenie radjoterapją, nawet operacyjne jest bezskuteczne.

Pruvost mówił o nagłych, pozapłucnowych powikłaniach przy sztucznej odmie (przypadłości mózgowe, skórne, krwiomocz).

Zakażenie oskrzelowo-płucne noworodków i osesków przedstawił Ribadeaux-Dumas.

O leczeniu cukrzycy mówił prof. Rosseau z uniwersytetu w Laval (Québec).

Wagi wielkiej rzecz o niezależności kinematycznej płatów płucnych była treścią wykładu samego prof. Sergent'a. Autor omawia ciekawe szczegóły o niezależności poszczególnych płatów od siebie: Każdy z płatów przedstawia małe płuco o głównem oskrzelu, o głównych tętnicach i żyłach, pniach nerwowych i t. d. a swoją drogą tak jak każde z płuc ma swoją względną samodzielność a obok tego związane wspólnotą z drugiem płucem, tak się rzecz ma z poszczególnemi płatami. Rzecz ta ma znaczenie przy zakładaniu odmy sztucznej.

Clément Simon zastanawia się w swojem przemówieniu nad wielokrotnością jadu kiłowego.

Ostatni wreszcie wykład wygłasza A. R. Turpin: O mięsaku wrzecionowatym kur.

Wydawnictwo ciekawe świadczące o żywym ruchu naukowym Kliniki Sergent'a w Paryżu.

Dr. W. Pisek (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Warszawska, nr. 5, z 1 września 1929: J. W. Grott i J. Trzebiński: Krytyczna ocena sposobów badania czynnościowego wątroby z punktu widzenia praktyki lekarskiej. — R. Domarad Woyno: Ropień międzypłatowy klinicznie rozpoznany i kilka uwag w tej sprawie. — Lenski: Nadciśnienie tętnicze samoistne w wieku młodym. — A. Rudolf: Posocznica (Sepsis Septicaemia) w rozumieniu własnem i cudzem. — M. Peker: Odpowiedź na uwagi z powodu artykułu „Z patogenezy i leczenia dny".

Polska dentystyka, rok VII, nr. 5 wrzesień-październik 1929. A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.) — Anatomja ropowic szczękowych. — W. Dieck: Szczególne właściwości dolnych przedtrzonowców pod względem anatomicznym z uwzglednieniem wniosków praktycznych. — J. Gondzik: Przypadek nadliczbowego zęba trzonowego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI nr. 38, z 22 września 1929. Mianownictwo polskie z zakresu serologji i mikrobiologji. — L. Bilek: Dążenia do racjonalizacji i normalizacji czechosłowackiego aptekarstwa. — Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 8, sierpień 1929. St. Kramsztyk: Nowe poglądy na stosunek pożywienia do stanu zębów. — A. Fidler: Wewnętrzne wydzielanie. — Zestawienie poglądowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII nr. 9, z 15 września 1929. L. Korczyński: O naukowej organizacji polskiego zdrojownictwa. — A. Mester: Zasady niemieckiej organizacji walki z reumatyzmem i rola uzdrowisk w tejże.

Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom IV, nr. 1, kwiecień-czerwiec 1929: Sprawozdanie z II. Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Warszawie. — A. Czyżewicz: Leczenie nowotworów radem. — J. Zweibaum: Hodowla tkanek nowotworowych. — St. Adamowiczowa: Rak w Warszawie jako zagadnienie rasy. — K. Pelczar: O przebiegu niektórych odczynów odpornościowych w raku. — L. Hirszfeld, W. Halber i J. Laskowski: O właściwościach serologicznych tkanek normalnych i rakowatych. — M. Eiger: O badaniach interferometrycznych. — M. Eiger i E. Czarnecki: Wpływ układu nerwowego mimowolnego na powstawanie nowotworów. — J. Flaks: Tarczyca i nadnercze a wzrost mięsaka szczurzego. — M. Floksztrumpf: Wyniki trzyletniego stosowania radu w nowotworach złośliwych narządów rodnych kobiety. — M. Floksztrumpf, J. Kołodziejski i Milewski: Współczesne leczenie ołowiem nowotworów złośliwych.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok II, nr. 1: W. Łuniewski: Wyniki współczesnych metod leczenia porażenia postępującego w świetle problematów orzecznictwa sądowo i społeczno psychjatrycznego. — L. Hirszfeld: O dochodzeniu ojcowstwa drogą badań biologicznych. — J. Olbrycht: Śmiertelne samobójcze zatrucie formaliną. — W. Grzyro-Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1928.

Czystość, rok II. zeszyt 7, 8 i 9 z września 1929. P. Gantkowski: O raku i jego leczeniu (dok.). — G. Szulc: Ogólne podstawy

profilaktyki. — Odwszawianie. — M. Grejniec: Skutki zaniedbywania zębów.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 39—40, z 26 września 1929. — A. Landau i B. Jochweds: O wtórnych stanach bronchospastycznych. — J. Typograf: O upuście krwi. M. Ehrlichówna: Z kliniki spraw gorączkowych niemowląt i drobnych dzieci. — H. Higier: Współczesny stan rozpoznawania i leczenia chorób nerwowych. — A. W. Kapłan: O znaczeniu klinicznem nadciśnienia. — M. Grzybowski: Wartość lecznicza acetylarsanu w kile. L. Pomeranc: Badanie krwi pod względem morfologicznym, fizycznym i pod względem grup w nadciśnieniu tętniczem. — B. Karbowski: Obecny stan wiedzy o uleczalności raka krtani. —A. Zamenhof: Dno oka w świetle nowoczesnego wziernika elektrycznego (Streszcz. zbior.). — St. Deresz: Zagadnienia opieki pozaszpitalnej nad psychicznie chorymi w Polsce. — Z. Szymanowski: Jeszcze w sprawie reformy studjów lekarskich.

Wiedza Lekarska, rok III. zeszyt 9, z września 1929. S. Cytronenberg: O działaniu koloidów ochronnych (mucilaginosa) i o t. zw. leczeniu adsorpcyjnym. — Zdz. SZymoński: Przyczynek do psychoterapji w warunkach praktyki ambulatoryjnej dokonywanej.

Dziecko i Matka, rok IV, nr. 18, z r. 1929. L. Krzemieniecka: Wiersz Matki. — M. Jacynówna: Kształtowanie uczuć. — W. Borudzka: Dziecko i zwierzęta. — E. Szelburg-Zarębina: Matka szuka przyjaciół dla swego dziecka. — M. Dobrowolska: Jak podróżować z niemowlęciem. — M. Morzkowska: Owoce i surowe warzywa w jadłospisie dziecka. — St. Kramsztyk: Tyfus brzuszny. — P. Gleich: Ospa wietrzna. — B. P.: Nasze dzieci.

Przyroda i Technika, rok VIII, zeszyt 7, lipiec-wrzesień 1929. J. Muszyński: Używki kofeinowe ludzkości. — J. Żurowski: Początki ludzkiej kultnry na obszarze Polski zachodniej. — S. Micewicz: Sztuczne ciekłe paliwo.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, tom VII, zeszyt 3 z r. 1929. L. Paszkiewicz: Anatomja patologiczna układu siateczkowo - śródbłonkowego. — Fr. Venulet: Patologja układu siateczkowo- śródbłonkowego. — J. Modrakowski: Działanie czynników farmakologicznych na naczynia. — A. Januszkiewicz: Nadciśnienie tętnicze. — H. Sochański: Obraz kliniczny podciśnienia tętniczego (Hypotonia) z punktu widzenia medycyny wewnętrznej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Gruźlica

Annales de Médecine.

Tome XXI.

Leon Bernard, M. Lelong i M-elle Renard. *O umiejscowieniu zmian gruźliczych w przebiegu suchot płucnych.* Do tej pory topografja zmian gruźliczych w przebiegu suchot nie została przez autorów klasycznych ustalona, a to z powodu, że podczas rozbioru zwłok osobników zmarłych na suchoty znaczna rozległość zmian uniemożliwiała wszelką analizę; za życia zaś niepodobna badaniem fizykalnem szczegółowo określić ani umiejscowienia, ani postępu zmian. Dawniejsze pojęcia o początku suchot w szczytach i o szerzeniu się zmian od góry ku dołowi płuca są dziś obalone. Wiemy, że zakażenie gruźlicze zaczyna się w dzieciństwie; stwarza ono wówczas zmiany złożone, gruczołowo-miąższowe, położone najczęściej u podstawy lub w połowie; że później zmiany te stają się nieczynne i że ich istnienie przejawia się tylko w odczynach allergicznych. U dorosłych zjawiają się zmiany nowe w postaci skoków postępujących, z których każdy pozostawia w płucu zmiany, które zależnie od umiejscowienia, przebiegu i stopnia nasilenia, łączą się w końcu i wówczas dopiero stwarzają obraz kliniczny opisany przez klasyków. Ten długi okres — od gruźlicy dziecięcej do gruźlicy u dorosłego — zmiany powstające na skutek skoków chorobowych — jest dla nas okryty mgłą. Autor przy pomocy promieni Roentgena — ściślej: przez porównanie serji zdjęć dokonanych w przebiegu choroby. dąży do ustalenia topografji zmian, następujących kolejno w przebiegu suchot.

A) Pierwszy objaw który uderza w tych badaniach roentgenowskich, są cienie wnękowe. Są one widoczne u wszystkich bez wyjątku osób dorosłych, mieszkańców miast; zazwyczaj szersze po stronie prawej, lewy brzeg serca zasłania je częściowo. Dziś tylko lekarze niedoświadczeni mogą przypisywać tym cieniom znaczenie patologiczne. W rzeczywistości są one wyrazem wszystkich narządów wnęki: naczyń krwionośnych, oskrzeli o ścianach mniej lub więcej stwardniałych, zwapniałych w rozmaitym stopniu gruczołów chłonnych, tkanki łącznej, w której narządy te są zanurzone.

Nieraz na zewnątrz od tych cieni widać szereg plam rozmaitej wielkości i jasności, położonych na kształt wachlarza — są one przejawem istnienia gruzełków okołownękowych, mają znaczenie już wyraźnie patologiczne; u tych osobników żadnych zmian spostrzedz się nie da.

U innych znów chorych dostrzega się cienie linijne, które występując w okolicy wnękowej, dążą albo w kierunku szczytu, tworząc gęstą sieć usianą plamami, albo też ku dołowi; nieraz zaś rozchodzą się jednocześnie ku górze, ku części środkowej płuc i ku dołowi; zdarza się też, że cienie te są położone równolegle; nigdy zaś te cienie linijne nie zajmują wyłącznie szczytu; na pozostałej części pola płucnego zawsze są w mniejszym lub większym stopniu widoczne.

Zdaniem Besançona cienie te odpowiadają zmianom w tkankach łączących pęcherzyki płucne *„tramitis"*.

Pozatem dają się spostrzegać cienie plackowate o zaciemnieniu jednolitem, położone bądź nazewnątrz od wnęki, bądź bliżej ściany żebrowej, czasami zaś w okolicy obojczykowo-wnękowej, która w topografji radjologicznej zmian gruźliczych zajmuje poważne miejsce (zône d'alarme). Podług Rista i Ameuilla cienie te odpowiadają ogniskom pneumonicznym, stanowiącym często pierwsze umiejscowienie zmian swoistych u dorosłych.

W tych to cieniach plackowatych autor miał sposobność spostrzegać wyjaśnienia, będące wyrazem tworzenia się jam.

Wreszcie istnieje jeden typ zmian wnękowych, spotykany zupełnie wyjątkowo i stanowiący odtworzenie obrazu zmian u dzieci, a mianowicie niezwykły rozrost cieni wnękowych na kształt dużych placków o wyraźnych zarysach, o powierzchni jakby usianej kasztanami, albo też okolonych cieniem jaśniejszym; w pozycji skośnej zwykła przestrzeń jasna jest również przez te cienie zajęta, podczas gdy w poprzedzających przypadkach cieni plackowatych przestrzeń ta pozostaje jasna. Zmiany te mają skłonność do szerzenia się w kierunku śródpiersia, nie zaś na zewnątrz od wnęki, jak zmiany poprzednie.

B) Obrazy radjologiczne zmian początkowych w szczytach płucnych są też rozmaite, a mianowicie spotyka się:

1) cienie linijne rozmaitej grubości;

2) przedłużenie szczytowe sieci delikatnych cieni;

3) plamy, nieraz bardzo jasno widoczne tylko po kaszlu, nieraz zaś ciemne o wyraźnych zarysach;

4) obraz z ubytkiem pośrodku, będący wyrazem istnienia jamy; znacznie częściej znajdujący się pod obojczykiem, niż nad.

Zmiany te, zarówno jak zmiany wnękowe, mogą nie wywołać żadnego objawu osłuchowego; jednakowoż zmiany szczytowe naogół są mniej nieme niż zmiany wnękowe; jednakowoż jamy podobojczykowe odosobnione są milczące w tym samym stopniu, co jamy wnękowe.

Wreszcie istnieje ostatni typ zmian szczytowych: jest nim zapalenie płatowe *(lobitis superior),* z dołu odgraniczone wyraźnie linją międzypłatową.

W tym przypadku skiaskopja jest bardziej pouczająca niż zdjęcie, które często nie uwydatnia owego odgraniczenia płatowego. Zmiany w tym przypadku zajmują cały płat w jego granicach anatomicznych, najczęściej prawy górny, rzadziej lewy górny. Sergent opisał przypadki zapalenia płata środkowego.

W przeciwieństwie do opinji klasycznej początkowe zmiany w szczytach są znacznie rzadsze niż zmiany wnękowe.

Jeszcze jedno rzadko spotykane umiejscowienie: dokoła linji międzypłatowej; linja ta od góry i od dołu otoczona jest grubym cieniem; cienie te zazwyczaj rozwijają się w kierunku jednego płatu, który w końcu zajmują w całości.

Rzadziej spotyka się cień plackowaty z podstawą na ścianie zewnętrznej, wrzynający się na kształt klina w pole płucne. Ma to stanowić ognisko hepatyzacji gruźliczej.

Czasami widuje się w połowie płuca, lub w dole bardzo ciemną plamę, dużą, robiącą wrażenie obcego ciała; ma to być zwapniała zmiana pierwotna.

Spotykamy też na zdjęciu dużą ilość małych plam zwapniałych, które dla Sergenta są pewnym przejawem kiły.

Na skutek powyższych badań serjowych roentgenologicznych — autor dochodzi do następujących wniosków co do kolejności zmian w płucu u chorych na gruźlicę:

1) Okres I. powstający po zakażeniu pierwotnem, którego wyrazem są cienie wnękowe o rozwoju odśrodkowym.

2) Okres II. cechowany anatomicznie zapaleniem naczyń chłonnych okolooskrzelowych, radjologicznie — przez istnienie cieni linijnych wychodzących z wnęki i dających sieć cieni na kształt wachlarza.

3) Okres III. okres zakażeń dodatkowych, które w postaci plam albo cieni plackowatych sięgają rozmaitych części płuc, najczęściej okolic okołownękowych, obojczykowo-wnękowych, górnego płata.

K. B. G.

Piśmiennictwo niemieckie.
Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 34. 1929 r.

F. Kermauner: *W sprawie leczenia operacyjnego raka macicy.* Statystyka chorych rakowych obejmująca 976 przypadków z czego 624 przypadków operowanych metodą Wertheima. Przeciętna zdatność do operacji wynosi 63,9%. Śmiertelność przeciętna 11,2%. Trwałe wyleczenie (5 — 12 lat) 40,4% u leczonych operacyjnie i energją promieniotwórczą. U leczonych tylko operacyjnie wynosi procent wyleczenia 25,6%.

F. Deutsch: *Medycyna wewnętrzna jako wiedza pomocnicza dla psychjatrji.*

W. Knoepfelmacher: *Profilaktyka odry.* Przez szczepienie dorosłych krwią chorych na odrę wywołać można uodpornienie przeciwko odrze. Surowica osobników szczepionych zawierając anticiała odrowe może być tak jak surowica Degkwitza użyta jako ochrona przeciwodrowa.

O. Bstek: *Z kazuistyki ostrej martwicy trzustki.* Opis przypadku.

O. Ried: *Zagadnienie działania naświetlanych substancji zwłaszcza tłuszczy w zastosowaniu zewnętrznem.* (Doniesienie tymczasowe). O używaniu w dermatologji maści zrobionych na tłuszczach naświetlanych. Maść taką pod nazwą Metuvit wyrabia firma Chemosan.

G. A. Tholen: *O leczeniu pooperacyjnych i połogowych zakrzepów żylnych i zatorów.* W 56 przyp. zaczynających się tworzyć zakrzepów zapalnych żył stosował autor pijawki z doskonałym wynikiem. Uważa że dobre wyniki te są spowodowane dostawaniem się do krwiobiegu hirudyny wytwarzanej przez pijawki a wstrzymującej krzepnięcie krwi.

A. Decastello: *Cholecystitis typhosa a roznosiciele zarazków.* Kurs dokształcający.

E. Stransky: *Domowe leczenie psychoz.* Wskazówki dla praktyki.

Nr. 35. 1929 r.

H. Finsterer: *W sprawie rokowania w przyp. resekcji żołądka z powodu raka.* Ciąg dalszy w następnym zeszycie.

H. Krasso: *W sprawie ostrej lymphatycznej Leukemii.* Opis przypadku.

A. Greil: *Pathodynamika gruźlicy.*

H. Schur: *Zagadnienie zapalenia błony śluzowej żołądka.* Wykład kursu dokształcającego.

P. Saxl: *Leczenie następowe po operacjach przewodu pokarmowego. Wykład.*

H. Meschede: *W sprawie zgorzeli u osobników młodocianych i okołotętniczej sympathektomji według Lericha.* W przypadkach zgorzeli występującej u osobników młodych ma się do czynienia prawodopodobnie ze samoistnem schorzeniem, w którem głównym czynnikiem etjologicznym jest skaza neuropatyczna charakteryzująca się nadmierną pobudliwością naczyń. Pobudliwość ta powoduje początkowo czynnościowe zaburzenia w krążeniu. Następowe endarteritis i zamknięcie światła naczynia jest bezpośrednią przyczyną zgorzeli. Operacja Lericha daje wyniki negatywne.

H. Baar: *Profilaktyka odry zapomocą reaktywowanej surowicy dorosłych.* Krew chorych na odrę rozcieńczoną wstrzykiwano zdrowym osobom dorosłym. Po 2 — 3 tygodniach pobierano u nich krew i surowicę wstrzykiwano w celach profilaktycznych dzieciom. Surowicę wstrzyknięto 73 dzieciom. Z dzieci, którym wstrzyknięto surowicę osobników po 2 — 3 wakcynacjach rozchorowało się na odrę tylko jedno.

J. Juszt: *O dożylnem stosowaniu Cibalginy.*

H. Spitry: *Profilaktyczne zadania ortopedysty u dzieci. Wskazówki dla praktyki.*

B. Busson: *Wskazówki dla dawkowania surowic, wakcyn i ciał białkowych.* Dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 20 marca 1929 roku.

1) Kol. Bergson przedstawia chorą M. lat 22 po laparatomji dokonanej przed 17 dniami z powodu *przedziurawienia macicy ciężarnej* przez akuszerkę podczas wywoływania sztucznego poronienia. Operacja dokonana w 11 godzin po zabiegu u akuszerki wykazała przedziurawienie macicy tuż powyżej ujścia zewnętrznego i duży krwiak prawego przymacicza, poza tem otwór w dnie macicy, w którym była uwięźnięta pętla jelita cienkiego oderwanego od kiszki na przestrzeni pół metra. Resekcja uskodzonego jelita, boczne zespolenie pozostałych odcinków, usunięcie macicy wraz z prawemi przydatkami. Seton gazy do przymacicza, wprowadzony przez pochwę. Przebieg bez powikłań, rana zagojona *per primam.*

Prelegent zwraca uwagę na fakt, że pomimo upływu 11 godzin od uszkodzenia jelita poza przejściową zapaścią nie wystąpiły żadne objawy brzuszne i gdyby nie obecność krwiaka w przymaciczu (wyczuwalnego oburęcznem badaniem) łatwo możnaby było ulec pokusie leczenia wyczekującego.

2) Z okazji jubileuszu 35-letniej pracy naukowej Dr. Edwarda Flataua postanowiono w uznaniu zasług jego dla polskiej nauki lekarskiej nadać Mu dyplom Członka Honorowego Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego.

3) Kol. Mogilnicki wygłosił referat: *„Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez pałeczki Pfeiffera".*

Ropne zapalenie opon zdarza się u niemowląt znacznie częściej, niż u dzieci starszych i u ludzi dorosłych niezależnie od etjologji cierpienia. Dotyczy to nawet najmłodszych niemowląt. Ostatnio spostrzegano w Szpitalu Anny-Marji 3 przypadki ropnych meningitów w pierwszym tygodniu życia. Materjał na którym autor opiera się — pochodzi z trzech lat od 1 lipca 1925 r. do 1 lipca 1928 r. W tym czasie było ogółem przyjętych do szpitala 6974 dzieci, z tych 264 z zapaleniami opon mózgowych. Najwięcej było zapaleń gruźliczych (178 przypadków) następnie meningokokkowych (55 przypadków). W tym czasie zanotowano 6 przypadków ropnych zapaleń opon wywołanych przez laseczniki Pfeiffera. Wszystkie one zdarzały się w tym czasie, kiedy w Łodzi nie panowała epidemja grypy, co świadczy o braku łączności pomiędzy chorobą wywołaną przez laseczniki Pfeiffera, a obecnie panującą grypą. Wszystkie przypadki należały do niemowląt od 5 do 10 miesięcy, wszystkie były wyznania mojżeszowego, pomimo iż w tym czasie było przyjętych do szpitala 72% chrześcijan i 28% żydów; wszystkie dzieci zmarły. Przeważnie stwierdzono jednocześnie występowanie schorzeń innych narządów, co wskazuje, że zapalenie opon mózgowych jest tylko jednym z objawów ogólnego zakarzenia ustroju laseczniakami influenzy. Prócz 6 powyżej opisanych przypadków, influenzowe zapalenie opon stwierdzono u dziecka 5-cio miesięcznego w 1929 roku i u dziecka 10-cio miesięcznego z praktyki kasowej zakomunikowanej przez Dr. Kapłańskiego.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Frenkiel, Mikłaszewski i Załęski.

Kol. Frenkiel zwraca uwagę, że być może powodem dużej śmiertelności były powikłania, jakie często daje lasecznik influenzy.

Kol. Mikłaszewski twierdzi, że przeważający odsetek niemowląt żydowskich tłómaczy się tem, że chcześcijanin niechętnie oddaje dzieci do szpitala.

Kol. Załęski proponuje zwrócić się do Państwowego Zakładu Higjeny, aby przygotowano odpowiednią surowicę.

4) Następnie kol. Sterling wygłosił odczyt: *„Grypa przewlekła".*

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Mogilnicki, Frenkiel, Mikłaszewski, Załęski i Gliksman.

Protokół posiedzenia z dnia 27 marca 1929 roku.

1) Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału dr. Frenkla chorego *z kiłą mózgu* z afazją zmysłową korową, cechującą się: mową spontaniczną, względnie zachowaną, ale przeplataną parafrazjami wyrazowemi, upośledzeniem czytania głośnego oraz zrozumienia mowy i pisma, jak również powtarzania słów. Pisanie pod dyktando zniesione, przepisywanie zachowane.

2) Kol. Frenkiel przedstawia przypadek parkinzonizmu (od 7 lat) w którym podkreśla zespół torsyjny (*torticollis* i ruchy skręcające kończyny górnej lewej), przypominający postępujący kurcz torsyjny.

Dr. A. Tenebaum.

XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie.

Trzynasty a drugi w Odrodzonej Polsce Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbył się we Wilnie w dniach od 26 do 30 września. Zjazd ten wyróżniał się nie tylko tem, że odbył się w mieście tak nam wszystkim drogiem i związanem z naszą historją przed i porozbiorową i z tak piękną tradycją lekarską, ale także dlatego, że uświetnił go Swą obecnością pan Prezydent Rzeczypospolitej, prof. Ignacy Mościcki, który też przyjął protektorat nad Zjazdem.

Już dawniej odzywały się głosy powątpiewania, czy Zjazd się uda wobec Wystawy poznańskiej i wobec późnego terminu powakacyjnego, który niewątpliwie nie wszystkim był na rękę, wreszcie wobec znacznego oddalenia miejsca zjazdowego. Rzeczywistość jednak okazała, że powątpiewania nie były słuszne.

W przeddzień otwarcia Zjazdu zebrała się liczna rzesza przybyłych uczestników, kolegów miejscowych oraz cały Komitet organizacyjny Zjazdu w lokalu Kasyna wojskowego celem zapoznania się wzajemnego. Zebranie to zaszczycił obecnością Pan Prezydent Mościcki.

Następnego dnia, t. j. we czwartek, rozpoczął się Zjazd nabożeństwem w Kościele św. Jana. U progu świątyni powitali Pana Prezydenta ministrowie Składkowski i Staniewicz, marszałek Senatu prof. Szymański, gen Ruppert, dyrektor dep. san. Ministerstwa spraw wewn. dr. Piestrzyński oraz członkowie Komitetu organizacyjnego Zjazdu z jego prezesem prof. Januszkiewiczem na czele. Po nabożeństwie Pan Prezydent przeszedł do bocznej kaplicy Bożego Ciała, gdzie spoczywały zwłoki Joachima Lelewela, i złożył u trumny wieniec, poczem chwilę modlił się.

Po nabożeństwie odbyło się uroczyste otwarcie Zjazdu w sali teatru miejskiego na Pohulance w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej. Pierwsze rzędy foteli zajęli ministrowie Składkowski i Staniewicz, rektor Uniwersytetu S. B. Ks. Falkowski, prezydent miasta Folejawski, dyrektor Piestrzyński, gen. Ruppert, w lożach zaś lekarze jugosłowiańscy i estońscy. Przy stole prezydjalnym zasiedli członkowie stałej Delegacji Zjazdów i Prezydjum Komitetu organizacyjnego. Pod szczelnie zapełnioną salą uczestnikami Zjazdu zabrał pierwszy głos prof. Januszkiewicz, witając przedewszystkiem Pana Prezydenta Mościckiego i zarazem dziękując za zaszczycenie Zjazdu Swą obecnością. Do wyrazów hołdu dołączyła się publiczność, witając Pana Prezydenta żywemi oklaskami, następnie, po powitaniu przedstawicieli Rządu, duchowieństwa, władz wojskowych i samorządowych, instytucyj, towarzystw i t. d., mowca skreślił zwięźle historję zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, widząc w obecności najwyższego dostojnika Rzeczypospolitej usankcjonowanie idei Baranieckiego. Następnie Prof. Januszkiewicz zaproponował na rzeczywistego przewodniczącego Zjazdu prof. A. Gluzińskiego, na zastępcę prof. H. Hoyera z Krakowa, na sekretarzy prof. W. Koskowskiego ze Lwowa i prof. Różyckiego z Poznania, co też przez aklamację uchwalono. Następnie wybrano prezesami honorowymi prof. A. Becka (Lwów), B. Dybowskiego (Lwów), P. Gantkowskiego (Poznań), J. Grochmalickiego (Poznań), E. Godlewskiego sen. (Puławy), B. Hryniewieckiego (Warszawa), min. dr. Ivkovica (Jugosławia), A. Kwaśnickiego (Kraków), W. Natansona (Kraków), A. Puławskiego (Warszawa), B. Sawickiego (Warszawa), M. Siedleckiego Kraków), M. Curie-Skłodowską (Paryż), M. Świętosławskiego (Warszawa), min. Składkowskiego (Warszawa), H. Schramma (Lwów) i S. Sterlinga (Łódź). Prezes prof. A. Gluziński zagaił posiedzenie, kończąc przemówienie okrzykiem na cześć Rzeczypospolitej i Prezydenta Mościckiego. Nastąpiły przemówienia powitalne, które rozpoczął minister dr. Składkowski imieniem Rządu, poczem przemawiał szereg przedstawicieli miasta, Akademji Umiejętności i Uniwersytetów, Tow. warsz. naukowego, wszystkich polskich towarzystw przyrodniczych i lekarskich. Z szczególnym entuzjazmem witano przemówienie przedstawiciela Jugosławji dr. Ivkovica i jego słowa „poznajmy się, szanujmy się i kochajmy się". Imieniem towarzystw naukowych dorpackich witał Zjazd prof. Kuzeb. Wreszcie dłuższe przemówienie wygłosił prof. Ciechanowski, jako przewodniczący stałej Delegacji zjazdów, przedstawiając cele i zadania oraz potrzebę współpracy wszystkich zrzeszeń i zjazdów naukowych w zakresie przyrodniczo-lekarskim. Po odczytaniu przez prof. Michejdę, gen. sekretarza Komitetu organizacyjnego, listów i telegramów oraz nazwisk delegatów, nastąpił wykład rektora Marchlewskiego „Przemiana materji w ustroju zwierzęcym i roślinnym". W pięknym i syntetycznie ujętym wyżładzie dochodzi mowca ostatecznie do wniosku, w którym przedstawił obraz ewolucji życia roślinnego z ciał nieorganicznych i odszczepiania się grupy organizmów, które też po szeregu procesów ewolucyjnych stały się organizmami wyższemi, zwierzęcemi. Na szczycie tej drabiny znalazł się organizm ludzki, jako jej szczebel najdoskonalszy, który doszedł już do tego, że rozumem swym potrafi objąć ten cały proces olbrzymi.

Po ukończonej uroczystości otwarcia Zjazdu udał się Pan Prezydent wraz z otoczeniem do Ogrodu bernardyńskiego celem zwiedzenia Wystawy przyrodniczo-lekarskiej, oraz Wystawy etnograficznej, zwanej „Pięknem ziemi polskiej i jego ochroną, oraz pięknem ziemi Trockiej", którą to wystawę urządziła Rada Ochrony Przyrody. Na przybycie gościa dostojnego oczekiwali m. i. członkowie prezydjum Zjazdu. W tym też czasie złożono wieniec na grobie Nieznanego Żołnierza. Wieczorem odbył się raut, urządzony dla uczestników przez prezydenta Miasta. Na raucie był obecnym Pan Prezydent Mościcki. Po południu pierwszego dnia rozpoczęły się prace w 27 sekcjach. Sekcję 11 tworzyła medycyna wewnętrzna, która też obradowała jako VIII Zjazd Tow. internistów polskich w osobnych własnych sekcjach z przewodniczącym prof. Renckim i sekretarzem doc. Stefanowskim. Z innych sekcyj, ze szczególnie znaczną liczbą członków i wygłaszanych referatów należy wymienić sekcję pedjatryczną, położnictwa i ginekologji oraz sekcję radjologji. Sekcja chirurgiczna obradowała jako XXV Zjazd Tow. chirurgów polskich. Posiedzenia odbywały się od godz. 11 do 14 i popołudniu od 16 do 19. Codziennie rano odbywały się posiedzenia plenarne od godz. w pół do dziesiątej względnie dziesiątej do 10 wzgl. 11, na których odbywał się jeden wykład bezdyskusyjny. I tak w piątek wykład prof. E. Godlewskiego z Krakowa: „Starość i śmierć, jako zjawiska biologiczne". Na wstępie mówca przedstawił w sposób zajmujący fakta, świadczące o tem, że instynkt życia istnieje wszędzie, gdzie istnieje życie, a widzi się to nawet u pierwotniaków. W omawianiu starzenia się mowca określił je jako proces dezorganizacji między poszczególnemi częściami organizmu, a wynikiem jej jest śmierć fizjologiczna. Życie jest skutkiem trzech przyczyn, procesów chemicznych, fizycznych i zapasu energji. Niezniszczalność życia zależy od zdolności rozrodczych. W dalszym ciągu mowca zastanawiał się nad przedłużaniem życia. Śmierć jest dodatnim czynnikiem w procesie ewolucji, gdyż usuwa organizmy niższe i zamienia je osobnikami nowemi, powoli coraz doskonalszemi. Przez śmierć życie wciąż się doskonali, a cena życia nie jest zbyt wygórowana za ten rozwój i postęp, którego owocem jest ludzkość.

Wieczorem drugiego dnia byli uczestnicy na przedstawieniach w dwóch teatrach w „Wielkim" i w teatrze „Lutnia".

Trzeci dzień rozpoczął się posiedzeniem plenarnem, na którem dokonano wyboru Delegacji stałej na następne czterolecie. W skład Delegacji weszli z Krakowa prof. Rosner, Szafer i Maziarski, z Warszawy prof. Loth i dr. W. Chodźko, prof. S. Pieńkowski, ze Lwowa prof. W. Nowicki i S. Krzemieniecki, z Wilna prof. K. Michejda i J. Trzebiński. Następnie prof. E. Piasecki z Poznania wygłosił wykład: „Biologiczne podstawy wychowania fizycznego". Po rozpatrzeniu warunków, w jakich obecnie znajduje się człowiek współczesny, mowca zastanawia się nad wpływem ujemnym zabójczych warunków życia wielkomiejskiego. Miasto przyszłości będzie miastem pracy, mieszkania zaś będą budowane za miastem w warunkach higjenicznych. Narazie zastąpią je ogrody. Kolonje i półkolonje. Mowca omówił krytycznie zapatrywania na wartość gimnastyki i poglądy na przegimnastykowanie; należy dążyć do uzdrowienia sportu przez zwalczanie rekordów i uważania sportu jako imprezy o charakterze widowiskowym. Trybuny winny zniknąć z boisk. Sport przyszłości ma być sportem dla sportu i zadowolenia. Sposoby wychowania fizycznego powinny być zróżniczkowane, a na to potrzebne są odpowiednie siły wychowawcze.

Po prof. Piaseckim wygłosił odczyt prof. W. Świętosławski z Warszawy na temat: „Zadania i obowiązki pracowników naukowych względem Państwa i społeczeństwa". Współzawodnictwo państw odbywa się na wszelkich polach, przedewszystkiem zaś na polu postępu nauki i techniki. Stądto pracownicy naukowi winni przez skoordynowanie swych wysiłków uczynić swą pracę jak najowocniejszą a stanie się to m. i. przez poznawanie literatury, śledzenie za postępem wiedzy, przygotowywanie rezerw z młodych sił złożonych, badanie bogactw naturalnych kraju, wyszukiwanie nowych dziedzin nauki i wynalazki. Stosunek naukowców do fachowców danej gałęzi wiedzy, winien, zdaniem mowcy, nieprzekraczać 6 — 7%. Państwo winno regulować i popierać sprawę nauki. Przyszłość narodu zależy od energji, z jaką stanie do wyścigu pracy.

Niektóre sekcje zakończyły swe obrady nader wcześnie z powodu nieprzybycia prelegentów i tak sekcja weterynaryjna zakończyła swe obrady już w dniu pierwszym a matematyczna i astronomiczna w drugim. Trzeciego dnia odbyło się też posiedzenie Delegacji stałej Zjazdów i prezydjum Komitetu gospodarczego dla przeglądnięcia koło 80 wniosków poszczególnych sekcyj i ewentualnego przedłożenia ich do uchwały plenum.

W niedzielę ostatnie posiedzenie plenarne oraz zamknięcie Zjazdu poprzedzone było nabożeństwem w Ostrej Bramie, na które przybyli liczni uczestnicy, zapełniając wraz z publicznością ulicę Ostrobramską w niezwykle poważnym nastroju.

Ostatnie posiedzenie plenarne odbyło się w wielkiej sali miejskiej. Rozpoczął je prof. Wrzosek z Poznania odczytem, poświęconym uczczeniu pięćdziesięciolecia śmierci Józefa Mianowskiego. Mowca skreślił w sposób nader zajmujący młodość wielkiego obywatela i patrjoty, następnie jego przeżycia w czasie profesury na Uniwersytecie wileńskim, szczególnie z czasu prześladowań i grabienia wszystkiego, co polskie, przez zbirów carskich, kiedyto władze policyjne Wilna dla podtrzymania w Petersburgu opinji o ustawicznych buntach i zamierzonych powstaniach polskich, najniewinniej masowo osadzały w więzieniach młodzierz polską i jednostki wybitniejsze, między niemi także Mianowskiego, który wówczas cieszył się tak wielkiem uznaniem i popularnością. Dopiero po dwóch latach więzienia wypuszczono Mianowskiego, kiedy postępowanie niecne władz rosyjskich we Wilnie zostało zdemaskowane. Mowca podkreślił też zasługi Mianowskiego na polu organizacji warszawskiej Szkoły głównej.

Po odczycie oznaczono Poznań jako miejsce Zjazdu przyszłego oraz uchwalono wniosek w sprawie ochrony przyrody, liczne wnioski sekcyjne polecono Delegacji stałej rozpatrzyć i załatwić. Nastąpił wykład prof. Nowickiego ze Lwowa na temat: „Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem". W treściwym wykładzie mowca przedstawił historję badań nad nowotworami złośliwemi, w szczególności nad rakiem, badań, które są odbiciem rozwoju poszczególnych gałęzi nauk przyrodniczo - lekarskich; równorzędnie z niemi postępowała ewolucja zapatrywań na pochodzenie i istotę komórki nowotworowej. Mowca zwrócił szczególniejszą uwagę na jej właściwości fizykalno-chemiczne, któremi jeszcze najlepiej można wyjaśnić jej anarchizm postaciowy i życiowy. Niezmiernie ciekawe badania nad etjologją nowotworów złośliwych ostatecznie wysuwają na plan pierwszy czynnik irytatywny przyrody różnej, przy istnieniu odpowiednich warunków konstytucyjnych. Drugą część wykładu poświęcił mowca sprawie nowotworów, jako zagadnieniu społecznemu, które w społeczeństwie polskiem nie zostało dotąd należycie zrozumiane.

Przemówienie prezesa prof. Gluzińskiego zamknęło XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Poza częścią naukową Komitet organizacyjny zajął się zapoznaniem uczestników z osobliwościami miasta, którego zabytki, szczególnie architektoniczne, budziły szczery podziw. Istotnie niewiele miast posiada tak piękne i bogate wzory, które, niby w książce, przedstawiają historję architektury. Z pietyzmem też zwiedzano budynki i miejsca, owiane urokiem szanownych i zasłużonych, w historji narodu polskiego postaci nieśmiertelnych. Czynią one z Wilna prawdziwą Mekkę narodową.

Komitet organizacyjny z pomocą wileńskiego Touring - Klubu urządził też po zakończeniu Zjazdu wycieczkę do puszczy białowieskiej, poszczególne sekcje zaś urządzały wycieczki w bliższe okolice Wilna.

Organizacja Zjazdu była bardzo dobra, mimo wielkich trudności miejscowych, szczególnie mieszkaniowych. Wszak około 1000 uczestników zgłosiło swój udział dopiero w chwili ostatniej, co z prawdziwem ubolewaniem podnieść należy. Dzięki niezwykłym wysiłkom i niezmordowanej pracy Komitetu, szczególnie prof. Januszkiewicza i gen. sekretarza prof. Michejdy, udało się wszystko sprawnie przeprowadzić i ku zadowoleniu i uznaniu wszystkich, gdyż pewne nieporozumienia, tu i ówdzie powstałe bez winy Komitetu, nie mogą wchodzić w rachubę.

Należy też podnieść bezinteresowną pomoc młodzieży, która dzielnie pracowała przy boku starszych członków Komitetu. A praca była ciężka, gdyż Zjazd zgromadził przeszło 1700 uczestników ze wszystkich stron Polski.

Wielka uprzejmość i serdeczna gościnność, z jaką spotykali się uczestnicy na każdym kroku ze strony Kolegów miejscowych, szczególnie zaś niestrudzonego prezesa prof. Januszkiewicza i prof. Michejdy, a także ze strony gospodarzów sekcyj, uzupełniła świetne udanie się Zjazdu. Słowa uznania i szczera wdzięczność niech będą bodaj cząstką nagrody za poniesione trudy i serca otwarte.

W. Nowicki.

SPRAWY ZAWODOWE.

Naczelna Izba Lekarska.

Wykaz członków i zastępców członków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, delegatów Izb i zastępców delegatów, wybranych na posiedzeniu w dniu 21. IV. r. b., a także prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, wybranego na posiedzeniu organizacyjnem Sądu N. I. L. w dniu 23. VI. r. b.

Członkowie: Dr. Czyżewicz Adam, Dr. Bronowski Szczęsny, Dr. Garlicka Zofja, Dr. Grzywo-Dąbrowski Wiktor, Dr. Huszcza Adam, Dr. Malinowski Feliks, Dr. Jarociński Edward, Dr. Hubicki Stefan, Dr. Sawicki Bronisław, Dr. Stefanowski Antoni, Dr. Bełkowski Jan, Dr. Czarnocki Wilhelm, Dr. Bregman Ludwik, Dr. Srebrny Zygmunt, Dr. Turski Antoni.

Zastępcy członków: Dr. Białokur Franciszek, Dr. Czubalski Franciszek, Dr. Eberhardt Maksymiljan, Dr. Erlichówna Marta, Dr. Jurjewiczówna Antonina, Dr. Kacprzak Marcin, Dr. Krenicki Józef, Dr. Nitsch Roman, Dr. Perzyński Jan, Dr. Przesmycki Feliks, Dr. Rudzki Stefan, Dr. Surawski Jan, Dr. Wichert Franciszek, Dr. Wisłocki Kazimierz, Dr. Zembrzuski Ludwik.

Delegaci Izb: Dr. Jankowski Stanisław, Dr. Wrześniowski Władysław (Izba Krakowska). Dr. Modrzewski Jan, Dr. Wiszniewski Eugenjusz (Izba Lubelska). Dr. Grek Jan, Dr. Reis Wiktor (Izba Lwowska). Dr. Szenajch Władysław, Dr. Trenkner, Henryk (Izba Łódzka). Dr. Karwowski Adam, Dr. Maj Kazimierz (Izba Poznańsko-Pomorska). Dr. Chmielewski Jan, Dr. Kołodziejski Jan (Izba Warszawsko-Białostocka). Dr. Szmurło Jan, Dr. Domański Zygmunt (Izba Wileńsko-Nowogrodzka).

Zastępcy delegatów Izb: Dr. Suchodolski Kazimierz, Dr. Zakrzewski Wacław (Izba Krakowska). Dr. Gliwiński Stanisław, Dr. Brykner Władysław (Izba Lubelska). Dr. Kuhn Adolf, Dr. Salpeter Michał (Izba Lwowska). Dr. Klozenberg Fabjan, Dr. Watten Ignacy (Izba Łódzka). Dr. Matuszewski Romuald, Dr. Wiecki Czesław (Izba Poznańsko-Pomorska). Dr. Gantz Mieczysław, Dr. Łążyński Marjan (Izba Warszawsko-Biołostocka). Dr. Klott Leon, Dr. Blausztejn Wilhelm (Izba Wileńsko-Nowogrodzka).

Prezydjum Sądu N. I. L. stanowią: Dr. Hubicki Stefan — przewodniczący, Dr. Grzywo-Dąbrowski Wiktor — zastępca przewodniczącego, Dr. Czarnocki Wilhelm — zastępca przewodniczącego, Dr. Huszcza Adam — pisarz, Dr. Kołodziejski Jan — zastępca pisarza.

Sekretarz: *Dr. Stefan Mozołowski* Wice-przewodniczący: *Dr. Witold Łuniewski*

Sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1928.

W roku sprawozdawczym odbyło się jedno zwyczajne posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, jedna konferencja Naczelników Izb Lekarskich i Przewodniczących Sądów Izb, jedno posiedzenie Zarządu w całkowitym składzie i 31 posiedzenie Zarządu w małym składzie.

W początku roku w składzie Naczelnej Izby Lekarskiej zaszły następujące zmiany: Dr. Władysław Brykner zrzekł się mandatu członka Naczelnej Izby Lekarskiej, na jego miejsce wszedł Dr. Adam Brzeziński z Lublina. Na członka Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej został powołany Dr. Franciszek Miłaszewski z Łucka na miejsce Dra Drożdża z Lublina, który zgłosił swoje ustąpienie. Wice-prezesami Naczelnej Izby Lekarskiej zamiast śp. Dr. Papeé'go i Jerzykowskiego zostali wybrani Drzy Krzyczkowski i Wajgiel.

Zainicjowana przed kilku laty przez lekarzy Polaków na Śląsku sprawa utworzenia Izby Śląskiej posunęła się o tyle naprzód, że zainteresowane zostały bliżej tą sprawą władze rządowe.

Zgodnie z art. 4-tym Ustawy Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zatwierdził:

1. Uchwałę Rady Izby Lwowskiej o nadaniu funduszowi emerytalnemu nazwy „funduszu emerytalnego im. Dra Papeé'go celem uczczenia pamięci śp. Dra Papeé'go.
2. Regulamin Izby Lwowskiej wraz z instrukcją wyborczą.
3. Zmiany w statucie Kasy Pomocy Koleżeńskiej przy Izbie Lekarskiej Lubelskiej, uchwalone na posiedzeniu Rady Izby Lubelskiej w dniu 12. II. 1928.
4. Zmiany statutu „Kasy Wzajemnego Ubezpieczenia Lekarzy" przy Izbie Krakowskiej, uchwalone na zebraniu Rady Izby w dniu 17 marca 1928 r.
5. Statut Kasy Pogrzebowej Izby Warszawsko-Białostockiej, przyjęty na posiedzeniu Rady Izby w dniu 20 maja 1928 r.
6. Wniosek Rady Izby Lwowskiej, zmieniający brzmienie art. 10-go Regulaminu Kasy Ubezpieczeń członków Izby Lekarskiej Lwowskiej.
7. Wniosek Rady Izby Lwowskiej o zmianie zakresu działania Kasy emerytalnej im. śp. Jana Papeé'go.

Zgodnie z brzmieniem Ustawy Naczelna Izba Lekarska rozpatrywała projekty ustaw, przesyłane jej przez Departament V-ty

Służby Zdrowia. Niestety, nie wszystkie projekty ustaw z tej dziedziny były jej przesyłane do opinji przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych. Naczelna Izba Lekarska zwróciła się do Ministerjum Spraw Wewnętrznych z przedstawieniem, aby członkowie Izb byli powoływani do współdziałania w Wojewódzkich Urzędach Zdrowia, do Marszałka Sejmu zaś z prośbą o powoływanie delegatów Naczelnej Izby Lekarskiej do podkomisji Sejmu, w których mają być rozpatrywane projekty ustaw, dotyczących zdrowia publicznego.

W zakresie prac w dziedzinie prawodawstwa sanitarnego Naczelna Izba Lekarska zajmowała się następującemi projektami ustaw:

1. Projektem ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. W sprawie tego projektu Naczelna Izba Lekarska, po zasięgnięciu opinji Towarzystw Wenerologicznych Duńskiego i Szwedzkiego o skutkach prawa o przymusowem leczeniu chorych wenerycznych, stanęła na stanowisku, że tego rodzaju przymus mógłby być wprowadzony jedynie z warunkiem zapewnienia bezpłatnego leczenia każdemu choremu.

2. Do projektu ustawy o zwalczaniu jaglicy opracowano krytyczne uwagi, w szczególności wystąpiono przeciw tworzeniu przychodni specjalnie przeciwjaglicznych, a za tworzeniem przychodni ocznych.

3. Opracowano uwagi do projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o położnych.

4. Wydano opinję o projekcie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej „O ratownictwie lekarskiem w wypadkach nieszczęśliwych".

5. Przesłano do Departamentu V-go wnioski w przedmiocie zmian w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zaopatrywaniu ludności w wodę i usuwaniu nieczystości.

6. Opracowano i przedstawiono Ministrowi Spraw Wewnętrznych na audjencji uwagi w sprawie projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

7. Opracowano i przesłano do Departamentu V-go uwagi w sprawie projektu rozporządzenia o detalicznej sprzedaży substancji i przetworów odurzających.

6. Z powodu złożonego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych przez hurtowych sprzedawców artykułów leczniczych wykazu zagranicznych niedozwolonych do obrotu specyfików farmaceutycznych z prośbą o zezwolenie na ich obrót, Naczelna Izba Lekarska wydała opinję które z wyszczególnionych w tym spisie specyfików powinny być uznane za niezbędne dla lecznictwa.

9. Poczyniono uwagi w sprawie projektu rozporządzenia P. Prezydenta w sprawie injekcji i wydawania z aptek środków leczniczych.

10. Wydano na zapytanie Departamentu opinję w sprawie stosowania w lecznictwie środków odurzających in substantia.

Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej brali udział w pracy Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

W zakresie prawodawstwa, mającego łączność z bytem stanu lekarskiego:

1. Opracowano projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ogłoszeniach treści lekarskiej.

2. Poczyniono prace przygotowawcze do wydania kodeksu deontologji lekarskiej, obowiązującej na całym obszarze Państwa. W tym celu wybrano Komisję Deontologiczną, w której skład wchodzi Prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Komisja kierowała się w pracy materjałami, przedstawionemi na konferencji Naczelników Izb i Przewodniczących Sądów i projektami kodeksu poszczególnych Izb. Jako materjał w tej sprawie mają również posłużyć ogłoszone drukiem wyjątki sentencji wyroków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej i ich uzasadnienie. Na wydrukowanie wyasygnowano 1000 złotych. Naczelna Izba niejednokrotnie występowała przed władzami w sprawach, dotyczących bytu stanu lekarskiego. Jak w roku 1927, tak też w roku 1928 Naczelna Izba Lekarska zwróciła się z przedstawieniem do Departamentu V-go w sprawie organizowania przez sejmiki bezpłatnych przychodni dla całej ludności powiatu. W odezwie podkreślono, że sejmiki w ten sposób podkopują byt materjalny lekarzy tam osiadłych, pauperyzując jednocześnie zakontraktowanych przez siebie lekarzy przez bardzo niskie uposażenie za czynności, przekraczające ich możność fizyczną. Taki stan rzeczy sprowadzi niewątpliwie upadek wiedzy lekarskiej, szerzenie się znachorstwa i wytwarza niebezpieczeństwo. że, w razie wybuchu epidemji trudno by ją było opanować. Pismo to Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przesłało do Wojewody w Kielcach z nadmienieniem, że należałoby dążyć, aby w statutach przychodni słuszne postulaty Naczelnej Izby Lekarskiej były dostatecznie uwzględnione.

Sprawę pokrzywdzenia lekarzy przez bardzo niskie wynagrodzenia za ekspertyzy sądowo-lekarskie przypomniano Ministrowi Sprawiedliwości, powołując się na memorjał Naczelnej Izby Lekarskiej z ubiegłego roku i na przychylną odpowiedź Ministerstwa. Na skutek tej odezwy Minister zwołał naradę z udziałem przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej. W rezultacie uwagi Naczelnej Izby Lekarskiej w tej sprawie uwzględniono i opłaty zostały znacznie podwyższone.

Naczelna Izba Lekarska przesłała do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych otrzymane od Izby Poznańsko-Pomorskiej odezwy, w których Izba zawiadamia, że w powiecie Kępińskim w pasie pogranicznym po stronie polskiej zajmują się praktyką prywatną lekarze — obywatele niemieccy i zapytuje, czy istnieje między rządami polskim i niemieckim umowa, zezwalająca lekarzom niemieckim na wjazd i wykonywanie praktyki lekarskiej na terytorjum Rzeczypospolitej. Odpowiedzi dotychczas nie otrzymano.

Z powodu powstawania coraz w większych ilościach zakładów leczniczych zwłaszcza lecznic dla przychodzących chorych, z których niejedna w walce konkurencyjnej podkopuje powagę stanu lekarskiego, zwrócono się do Ministra Spraw Wewnętrznych z postulatem, aby przedstawiciele Izb byli powoływani do wyrażenia opinji w sprawach zatwierdzania statutów nowych organizacyj lekarskich, nowych instytucyj lekarskich, jak lecznice, sanatorja, domy zdrowia i t. p. Na konferencji zwołanej z tego powodu przez Dyrektora Departamentu V-go, przedstawiciele Rządu przychylili się do żądania Naczelnej Izby Lekarskiej, prosząc o bliższe zredagowanie okólnika, który mógłby być rozesłany do Województw. Naczelna Izba Lekarska to uczyniła.

W celu wykrycia oszustów, zajmujących się praktyką lekarską na podstawie fałszowanych dyplomów zwrócono się do wszystkich Izb, aby zawiadamiały Naczelną Izbę Lekarską o wszystkich wypadkach, kiedy zachodzi podejrzenie, że ktoś wykonywa praktykę lekarską, nie mając po temu uprawnień, a to w celu wystąpienia w każdym takim wypadku do władz z przedstawieniem sprawdzenia dyplomu.

W sprawie ubezpieczeń wzajemnych lekarzy, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej po dłuższym namyśle przyszedł do wniosku, że najodpowiedniejsze dla lekarzy byłyby rządowe ubezpieczenia, ponieważ art. 10 Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych zezwala na prowadzenie działu dobrowolnych grupowych ubezpieczeń. Ostatni ustęp tego artykułu brzmi: „zasady i warunki, na jakich oparte będzie ubezpieczenie dobrowolne, oraz taryfy ubezpieczeniowe określi statut zakładu". Statut ten ma się ukazać wkrótce w „Monitorze"; gdy to nastąpi, można będzie na podstawie tego statutu prowadzić rokowania z Zakładem Ubezpieczeń.

Naczelna Izba Lekarska w tym roku w dalszym ciągu zajmowała się sprawą lekarzy emerytów, zatrudnionych w Kasie chorych, którym Izby Skarbowe potrącają z uposażenia emerytalnego pensję, otrzymywaną w Kasie chorych.

Ponieważ niektóre Izby nie znajdują pomocy władz administracyjnych przy egzekwowaniu należnych im poborów od swych członków, przeto zwrócono się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o interwencję w tej sprawie z wynikiem pomyślnym.

Na przytoczone w zeszłorocznem sprawozdaniu pismo Min. Spraw Wewn. w sprawie nadzoru nad Izbami przesłano odpowiedź zgodnie z opinją plenum Naczelnej Izby Lekarskiej. Odpowiedź ta została wydrukowana w Nowinach Społeczno-Lekarskich.

Od Min. Spraw Wewnętrznych otrzymano pismo z zawiadomieniem o uchyleniu 5-ciu wyroków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Ponieważ § 38 Ustawy o Izbach głosi, że wyroki Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej są ostateczne, Naczelna Izba Lekarska postanowiła rozporządzenia te zaskarżyć do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Z dziedziny zagadnień sądowo-prawnych Naczelna Izba Lekarska rozstrzygała następujące sprawy:

1. Na zapytanie Izby Wileńsko-Nowogródzkiej, czy członek Izby, powołany do służby wojskowej czynnej na przeciąg 15 miesięcy, winien przez ten okres czasu wnosić opłaty izbowe, odpowiedziano, że może być od nich zwolniony, o ile podczas służby wojskowej nie zajmuje się praktyką lekarską.

2. Na zapytanie Izby Poznańsko-Pomorskiej, czy należy pociągać do odpowiedzialności przed Sądem Izby lekarzy, którzy łamią słowo honoru lub uprawiają fałszywą grę w karty, odpowiedziano, że tego rodzaju sprawy winny być rozpatrzone przez Zarząd, albo przez Sąd Izby.

3. W związku z odwołaniem Polskiego Towarzystwa Radjologicznego od orzeczenia Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, dotyczącego sprawy udziału w pracy lekarskiej w zakładach roentgenologicznych cudzoziemców, nie mających praw wykonywania praktyki lekarskiej w Polsce, odpowiedziano, że cudzoziemcy mogą wykonywać czynności techniczne, natomiast nie mogą

być kierownikami zakładów roentgenologicznych i wykonywać w nich praktyki lekarskiej.

4. Gdy Związek Zawodowy Farmaceutów zwrócił się do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej o opinję, czy pożądaną jest rzeczą, żeby Zarządy Kas chorych narzucały zgóry sposób ordynowania leków według określonego ramowego szablonu, odpowiedziano, że wszelka schematyzacja w leczeniu chorego sprzeciwia się podstawowym zasadom lecznictwa i jest szkodliwa dla pacjentów i lekarzy, zwłaszcza młodych. Odpowiedź tę przesłano w odpisie do Okręgowego Związku Ubezpieczeń w Warszawie na tegoż żądanie.

5. Izba Łódzka zwróciła się we wrześniu do Sądu Okręgowego w Łodzi z protestem przeciwko wystawianiu dla Sądu świadectw przez felczerów i prosiła Naczelną Izbę Lekarską o interwencję w tej sprawie. Naczelna Izba Lekarska postanowiła zwrócić się najpierw z zapytaniem do Departamentu V-go Służby Zdrowia, czy felczerzy są uprawnieni do wystawiania świadectw dla Sądu. Dotąd odpowiedzi nie otrzymano.

6. Na zażalenie jednej z Izb na Wojewódzki Urząd Zdrowia z powodu opóźniania się tegoż z przysyłaniem spisu lekarzy dla przygotowania list wyborczych, uchwalono odpowiedzieć, powołując się na art. 3-ci Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i art. 11-ty Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich, że urzędy wojewódzkie nie są obowiązane układać spisów lekarzy do przygotowania list wyborczych, natomiast Izby są obowiązane prowadzić spisy wszystkich lekarzy.

7. Z powodu umieszczonej w Biuletynie Nr. 5 Izby Warszawsko-Białostockiej uchwały Rady Izby, narzucającej obowiązek członkom Naczelnej Izby Lekarskiej, wybranym przez Izbę Warszawsko-Białostocką, składania sprawozdań z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej przed Radą Izby Warszawsko-Białostockiej tudzież występującej przeciw rzekomej tajności obrad Naczelnej Izby Lekarskiej postanowiono odpowiedzieć, co następuje: Naczelna Izba Lekarska składa się nie z delegatów wszystkich Izb, lecz zgodnie z brzmieniem art. 8-go p. 2-gi, z przedstawicieli, wybranych przez Rady Izb i to bądź z członków danej Izby, bądź innych Izb w Państwie. Z tego wynika, że Rady Izb Lekarskich są powołane przez Ustawę, jako organy wybierające, a nie jako organy, któreby miały swoich delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej. Co do tajności obrad, to chociaż Naczelna Izba Lekarska sama tylko jest władna w tej sprawie decydować, jednak należy stwierdzić, że tajności niema, skoro protokoły posiedzeń i powzięte uchwały i dyrektywy ogłaszane są w pismach lekarskich i przesyłane Izbom. Tajne jest tylko to, co nie może być ujawnione. Oczywista, Naczelna Izba Lekarska, jako urząd, nie może sprawować swoich obowiązków publicznie, t. j. w obecności osób postronnych. W razie jakichkolwiek wątpliwości Izby mają prawo zwracania się bezpośrednio do Naczelnej Izby Lekarskiej. Organ nadzorczy nie może być dozorowany przez organy mu podwładne.

8. Na zapytanie Izby Poznańsko-Pomorskiej, czy członek Zarządu Izby może być obrońcą, jeżeli Zarząd Izby występuje w roli oskarżyciela, odpowiedziano: Nie może występować w roli obrońcy ten, kto równocześnie sprawuje obowiązki sędziego lub oskarżyciela, nie może również członek Sądu Izby Lekarskiej wogóle przyjmować obrony w tym Sądzie, gdyż zezwolenie na to utrudniałoby układanie kompletu sądzącego, a nawet podważałoby zaufanie do bezstronności Sądu. Natomiast Zarząd Izby nie jest zasadniczo władzą oskarżającą, ani sądową, jeno samorządno-administracyjną. Ponadto nie może być mowy o solidarnej odpowiedzialności wszystkich członków Zarządu i za powzięte orzeczenia odpowiadają ci tylko, którzy w ich wydaniu uczestniczyli. Z tego wypływa, że członek Zarządu prawnie może być obrońcą. Natomiast, mając na uwadze względy solidarności koleżeńskiej, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej mniema, że nie wypada członkowi Zarządu brać na siebie roli obrońcy nawet w tym wypadku, jeżeli uchwała o przekazaniu sprawy sadowi zapadła podczas jego nieobecności.

9. Z powodu wyrażonego przez jedną z Izb w piśmie jej do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń zapatrywania, że Izba Lekarska nie jest zawodową organizacją lekarską w rozumieniu art. 84-go Ustawy z dnia 19. V. 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, że wobec tego Izba Lekarska nie ma obowiązku wyznaczać swego przedstawiciela do Komisji Pojednawczej do rozstrzygania sporów między Zarządem Kasy chorych a lekarzami, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwróciło uwagę, że podobne zapatrywanie Izby Lekarskiej jest niewłaściwe. Właśnie Izba Lekarska jest organizacją zawodową wszystkich lekarzy bez różnicy przekonań politycznych czy społecznych i ona przeto ma nietylko prawo, lecz i obowiązek wyznaczania jednego lekarza do Komisji Pojednawczej. Naczelna Izba Lekarska zajęła to samo stanowisko w tej sprawie.

10. Do wiadomości Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej doszło, że w jednej Izbie jeden z członków Zarządu zamiejscowy osobiście w posiedzeniach Zarządu nie bierze udziału, a zastępuje go stale inny członek Zarządu. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zakomunikował danej Izbie, że, na mocy art. 24-go Ustawy o Izbach, nieobecność na posiedzeniach tylko w ciągu miesiąca pozbawia już członka Zarządu mandatu, a stałe zastępstwo w Zarządzie jest absolutnie niedopuszczalne.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej rozpatrzył dużo zażaleń lekarzy na orzeczenia Izb. Prawie zawsze orzeczenia Naczelnej Izby Lekarskiej wypadały na korzyść Izb.

Treścią kilku podań z różnych Izb były starania o zwolnienie od obowiązku należenia do Kas Pogrzebowych. Wpływały też zażalenia różnych osób na lekarzy, przeważnie nieuwzględnione. W Kurjerze Warszawskim pojawiło się oskarżenie lekarzy kasowych o niewłaściwe traktowanie pacjentów. Naczelna Izba Lekarska zwróciła się z tego powodu do Izby Warszawsko-Białostockiej o bliższe zbadanie tej sprawy.

Do Izby Naczelnej zwrócił się Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. z propozycją wspólnego wystąpienia do Departamentu V-go z przedstawieniem w sprawie uchylania się niektórych Kas chorych od zawierania z lekarzami umów zbiorowych. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej nie przyjął propozycji, wychodząc z założenia, że sprawy tego rodzaju nie należą do zakresu działalności Izb i że Naczelna Izba Lekarska reprezentuje wszystkich lekarzy w Państwie, a nietylko Zrzeszonych w Związku Lekarzy P. P., więc, występując razem ze Związkiem, narażałyby się na zarzut pomijania interesów lekarzy, nie będących członkami Związku.

Jedna z Izb zwróciła się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą zatwierdzenia regulaminu konkursów na premję za prace naukowe z dziedziny higjeny i medycyny społecznej, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej regulaminu nie rozpatrywał, gdyż Ustawa o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich z dnia 2. XII. 1921 r. nie przewiduje obarczania członków, przymusowo należących do Izb, wydatkami na tego rodzaju cele.

W celu nieordynowania przez lekarzy niedozwolonych do obrotu specyfików, zwrócono się do Departamentu V-go o przysłanie spisu dozwolonych do obrotu specyfików w takim terminie, aby spisy te mogły być wydrukowane w kalendarzach lekarskich na rok 1929. Niestety, spisy te otrzymała Naczelna Izba Lekarska zbyt późno, aby mogły być przesłane do redakcji kalendarzy lekarskich.

W związku ze sprawą utworzenia własnego organu prasowego Izb, podniesioną i omawianą na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 28. I. 1928 r., Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwrócił się z zapytaniem do wszystkich Izb, ile każda z nich, w razie powstania własnego organu, mogłaby przeznaczyć rocznie na jego utrzymanie, biorąc pod uwagę dotychczasowe wydatki na komunikaty i ogłoszenia. W odpowiedzi Izba Lwowska zgłosiła gotowość przekazywania rocznie na organ prasowy Izb 2000 złotych, Izba Łódzka 500 złotych. Izba Warszawsko-Białostocka zawiadomiła, że na biuletyny i komunikaty wydała w roku 1927 — 1585 zł. 90 gr. Izba Poznańsko-Pomorska zaś zawiadomiła, że organu prasowego Izb nie potrzebuje, ponieważ „Nowiny Społeczno-Lekarskie" ogłaszają bezpłatnie jej komunikaty. Wobec nieotrzymania odpowiedzi od innych Izb, sprawę przekazano Naczelnej Izbie III-ciej kadencji.

Naczelna Izba Lekarska w pierwszem półroczu umieszczała wszystkie komunikaty w „Nowinach Społeczno-Lekarskich", w 2-iem zaś półroczu, z chwilą przejścia organu do Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P., zgodnie z zastrzeżeniem Zarządu Głównego Związku, umieszczała tylko krótkie komunikaty i wzmianki. W początkach czerwca komitet redakcyjny „Medycyny" zwrócił się do Naczelnej Izby Lekarskiej z korzystną propozycją drukowania komunikatów i odbitek komunikatów po cenie kosztu, jeżeli Naczelna Izba Lekarska uzna „Medycynę" za swój organ. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej postanowił przekazać sprawę do rozstrzygnięcia plenarnemu posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej III-ciej kadencji.

Nadmienić należy, że Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej w celu łatwiejszego zobrazowania działalności wszystkich Izb za rok 1926 i 1927 postanowił zestawienie tej działalności, opracowane przez Dra Krzyczkowskiego na podstawie sprawozdań wszystkich Izb, wydrukować na koszt Naczelnej Izby Lekarskiej i wyasygnował 180 złotych.

Na wezwanie Departamentu V-go Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił Izby i redakcje pism o następujących kongresach i kursach dokształcających:

1. O II-im Międzynarodowym Kongresie Radjologicznym w Sztokholmie.
2. O kursach lekarskich w Wiedniu.

3. O X-ym Międzynarodowym Kursie Lekarskim w Karlovych Varach.

4. O VI-ym Zjeździe Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Rzymie.

5. O Warszawskim Kursie wyszkolenia dla lekarzy, pragnących wstąpić do publicznej służby zdrowia.

Prócz tego na prośbę władz rządowych czy organizacji samorządowych Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił o wakujących posadach lekarzy. Od Związku Lekarzy P. P. otrzymano zawiadomienie o nieodpowiednich warunkach konkursu na posadę lekarza sanitarnego w Grodnie. Przekazano tę sprawę według kompetencji Izbie Warszawsko-Białostockiej do rozpatrzenia, zgodnie z art. 22-im Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Na prośbę sędziego śledczego i innych władz Naczelna Izba Lekarska dawała wyjaśnienia w sprawach zawodowych.

Z okazji wyborów do ciał prawodawczych wydano odezwę, nawołującą lekarzy do poczynienia starań w celu umieszczenia na listach wyborczych godnych przedstawicieli stanu lekarskiego.

W końcu należy nadmienić, że Prezes, Dr. Bączkiewicz:

1. złożył w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej życzenia noworoczne Prezydentowi Rzeczypospolitej,

2. złożył hołd Tow. Lek. Lwowskiemu z powodu 50-cio lecia jego działalności,

3. był obecny na Zjeździe Higjenistów Polskich we Lwowie.

4. brał udział w otwarciu nowego posterunku Pogotowia Ratunkowego w Warszawie,

5. reprezentował Naczelną Izbę Lekarską na obchodzie 40-lecia „Nowin Lekarskich" w Poznaniu,

6. przesłał depeszę z życzeniami Drowi Franciszkowi Miłaszewskiemu, członkowi Naczelnej Izby Lekarskiej w Łucku z powodu 25-lecia jego pracy lekarskiej.

7. złożył kartę w ambasadzie francuskiej z okazji święta narodowego Francji.

Wice-Prezes, Dr. Śmiechowski, reprezentował Naczelną Izbę Lekarską na uroczystości inauguracji Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego.

Wice-Prezes, Dr. Wajgiel, witał w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej Zjazd Związku Uzdrowisk Polskich w Warszawie.

Prócz tego przesłano depesze z życzeniami z powodu:

a) I-go Zjazdu Lekarzy i Działaczy Samorządowych Szpitalnych w Łodzi,

b) III-go Zjazdu Ogólno-krajowego Przeciwgruźliczego w Poznaniu,

c) Zjazdu Lekarzy Kresowych w Łucku,

d) Zjazdu Lekarzy w Ciechocinku.

Wreszcie przesłano do Izby Poznańsko-Pomorskiej depeszę kondolencyjną z powodu śmierci Dra Łazarewicza, wice-przewodniczącego Izby, z prośbą o złożenie wieńca w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Wydawnictwa Bratniej pomocy Medyków U. J. w Krakowie, ul. Kopernika 36 I piętro. Doc. Dr. Jan Nowaczyński: Mikroskopja i chemja kliniczna z uwzględnieniem badań serologicznych. Dawno oczekiwany drugi tom „Mikroskopji i chemji klinicznej" mimo wielkich trudności, związanych z wydawnictwem, pojawił się już na półkach księgarskich. Tom ten, o objętości stron 306 + XIII, zawierający badanie plwociny, śliny, treści żołądkowej, treści dwunastniczej, kału i moczu, tworzy wraz z pierwszym całość zamkniętą. Podręcznik jest wyczerpujący, styl jasny, zwarty i zwięzły. Dzięki redakcji i uzupełnieniom, przeprowadzonym jeszcze w czasie druku przez prof. W. Orłowskiego w Warszawie, dzieło niniejsze obejmuje zdobycze dni ostatnich. Podręcznik powinien w zupełności zastąpić wszystkie podobne podręczniki obce. Mimo nader starannego wydania (tom zawiera podobiznę autora, życiorys autora pióra dra J. Birkenfelda, skorowidz, liczne ryciny i tablice barwne) cena bardzo przystępna. Do nabycia we wszystkich księgarniach (po cenie 14 zł). oraz w Bratniej Pomocy Medyków U. J. Kopernika 36, (w cenie 9 zł.) W najbliższych tygodniach ukaże się na półkach księgarskich „Zarys Pedjatrji" Doc. dra Bujaka.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie XXI Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 4 października b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) Kol. L. Landes-Leinerowa: Kilka przypadków roentgenologicznych badań kości skalistej (pokaz).

2) Kol. W. Ziembicki: Przedstawienie przypadków ropni płuc omawianych przed kilku miesiącami.

3) Kol. J. Frostig i H. Demianowski: Psychoneuroza symulacyjna (wykład).

W dyskusji zabierali głos kol.: Dobrzański, T. Ostrowski, Katzówna, Sieradzki, Mańkowski.

Poznań.

Zamknięta przed kilku dniami Powszechna Wystawa Krajowa daje obraz całej działalności naszej na polu zdrowotności publicznej. Większość agend sanitarnych państwowych zjednoczona jest obecnie w Departamencie Służby Zdrowia (Min. Sp. Wewn.) to też działalność Rządu w tej dziedzinie została zobrazowana głównie na Wystawie Departamentu. Pozatem pewne działy, należące do resortu innych ministerstw zostały zobrazowane przez odnośne ministerstwa. W dziale Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej znajdowały się eksponaty, dotyczące opieki nad matką i dzieckiem, higjeny pracy i ubezpieczeń na wypadek choroby. W dziale Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego ujęte zostały zagadnienia higeny szkolnej. Sprawy zdrowia w miastach zostały bogato przedstawione w pawilonie samorządowym.

W ciągu pierwszych lat naszego bytu niepodległościowego najważniejszem zagadnieniem Służby Zdrowia była walka z chorobami zakaźnemi, jej też poświęcono najwięcej uwagi na wystawie Departamentu. Zdobycze na tem polu naprawdę są zdumiewające. Na wystawie uwzględnione zostały obszernie również takie działy, jak rozwój prawodawstwa sanitarnego i rozwój ośrodków zdrowia i pielęgniarstwa społecznego, kontroli produktów spożywczych, walka z największemi naszemi klęskami społecznemi — alkoholizmem, jaglicą, i t. d. Postępy nasze we wszystkich tych dziedzinach można tylko wtedy ocenić należycie, gdy się porówna stan obecny ze stanem z r. 1919 z tego punktu widzenia co było i co jest, były potraktowane wszystkie zagadnienia na Wystawie Rządowej. Pomimo skromnego budżetu na ten cel, całość przedstawia się okazale i estetycznie.

W sali Departamentu Służby Zdrowia mieściły się również instytucje społeczne, subsydjowane przez Rząd: Związek Przeciwgruźliczy, Polski Komitet zwalczania raka i T-wo Ochrony Zdrowia Żydów.

XI Zebranie Wydziału Lekarskiego T.P.N. odbyło się wspólnie z Towarzystwem Chirurgów i Ortopedów Polski Zachodniej w dniu 5-go października U. P. (Szpital Przemienienia Pańskiego, ul. Długa 1), z następującym porządkiem obrad:

1) Prof. Dr. Antoni Jurasz: Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa. 2) Dyskusja. 3) Demonstracje. 4) Zwiedzenie nowego oddziału Roentgena w Klinice Chirurgicznej U. P.

Z kraju.

Związek Lekarzy P. P. nadsyła następujące ostrzeżenie. Ostrzega się P. Kolegów przed przyjmowaniem 2 posad: kierownika szpitala i rejonowego lekarza w Wiśniowcu na Wołyniu bez uprzedniego porozumienia się z oddziałem Zw. Lek. P. P. w Krzemieńcu.

wz. prez. ob. *Dr. M. Litwak* sekretarz: *Łod*

Ze świata.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu (Palestyny) i do Indji.

Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) wybierają się lekarze austrjaccy 12-go grudnia 1929 do Egiptu. Uczestnicy wycieczki zobaczą zakłady lecznicze i zabytki sztuki w Kairze i okolicy. Znany egiptolog Prof. Dr. Junker (kierownik ekspedycji dla wykopalisk zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po piramidach z Gizeh, a Prof. B. A. Pundit Agnihotri z Agra w Indji, który obecnie bawi we Wiedniu, podał Dr. Barachowi ważne porady tyczące pobytu w Indjach. Dalszy plan wycieczki: Jedna część uczestników może pozostać w Egipcie i pojedzie do Luxor i Assuan, a druga część wyjedzie 25-go grudnia z Port Said do Indji, a mianowicie do Karachi, Lahore, Delhi, Jajpur, Agra, Bombay i oglądną szpitale: Lady Dufferins Hospital w Karachi, Lady Hardings Medical College and Hospital w Delhi, Eye Hospital w Agra i Arthur Road Hospital w Bombaj. — Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11.